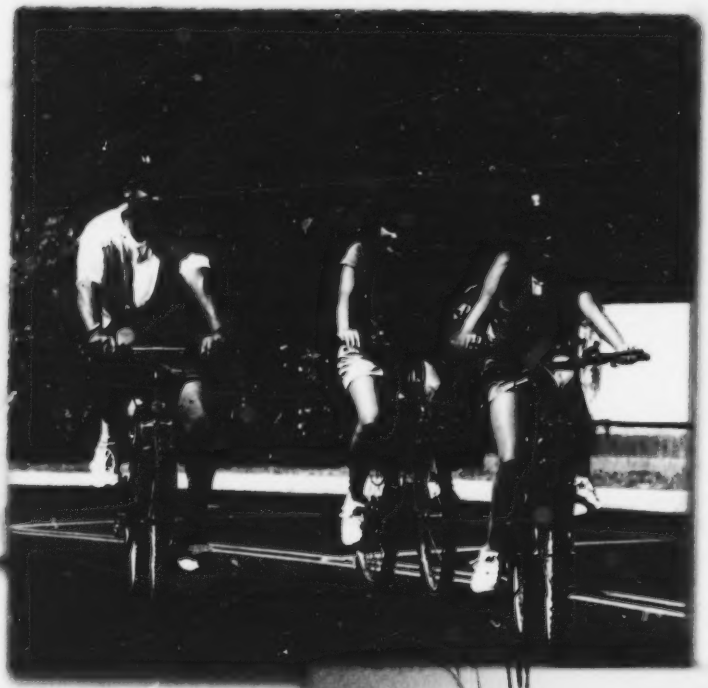
Reporting to New Brunswickers



The New Brunswick Health Care Report Card 2005

New Nouveau
Brunswick
CANADA

LEGISLATIVE LIBRARY
BIBLIOTHEQUE DE L'ASSEMBLÉE
LEGISLATIVE

AUG 24 2006

FREDERICTON, N.B.

2007-01123/

Table of Contents

Premier's Message....1
Minister's Message....1
About This Report....3

I. Reporting on Health Care Renewal....4
The Provincial Health Plan....4
New Investments....11

II. Reporting on the First Ministers' Meeting Accord on Health Care - Ten-Year Plan to Strengthen Health Care....13

III. Reporting On Health Status and Health System Performance....14
Population Health Status....14
Access to Health Care Services....18
Patient Satisfaction....20
Effectiveness....20

IV. Future of Health and Health Care in New Brunswick....22

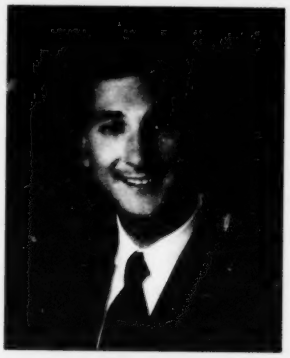
List of Charts

Chart 1 - Allied Health Professionals Employed in New Brunswick by Association 1999-2005....8
Chart 2 - Number of Nurses Working in New Brunswick on Permanent Basis (1999-2005)....8
Chart 3 - Cumulative Number of New Physicians Added New Brunswick (1999-2005)....9
Chart 4 - Percentage of Population Reporting a Regular Family Physician, Canada and the Provinces (2005)....10
Chart 5 - Number of New Physicians Added Per Year New Brunswick (1999-2005)....10
Chart 6 - Health and Senior Care Investments 1998-99-2005-06....11
Chart 7 - Budgetary Expenditures 2005-2006....11
Chart 8 - Healthy Lifestyles by Lifestyle, Males, Canada, New Brunswick (2005)....17
Chart 9 - Healthy Lifestyles by Lifestyle, Females, Canada, New Brunswick (2005)....17
Chart 10 - Patient Satisfaction with Health Care Received In Previous 12 Months, Both Genders, Canada and New Brunswick (2005)....20
Chart 11 - 5-Year Relative Survival Rates for Selected Cancers, Females, Canada and New Brunswick (1995-1997)....20
Chart 12 - 5-Year Relative Survival Rates for Selected Cancers, Males, Canada and New Brunswick (1995-1997)....21

List of Tables

Table 1 - Initiatives by Priority Area....4
Table 2 - Health Status....15
Table 3 - Key Determinants of Health....16
Table 4 - Health System Performance....19

ISBN - 1-55396-687-2



Message from the Premier

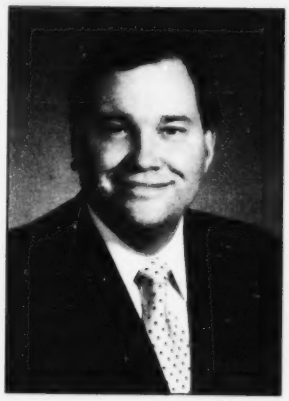
I am pleased to present the third in our annual New Brunswick Health Care Report Cards. Health care has been a top priority of my government since 1999, and our investments have increased each year since we first took office. These investments are paying off, as the information in this report demonstrates. Our renewed emphasis, as we work to make New Brunswick *The Wellness Province*, will only bring more positive results.

As this report shows, both in terms of health system performance, and population health status, we can see trends moving in a positive direction. Accessibility to health care services is greater, fuelled by investments in more health human resources and in medical technologies. New Brunswickers are smoking less and exercising more. Permanent lifestyle changes like these will pay big dividends for New Brunswickers in future years.

And my government is making good on commitments laid out in the Provincial Health Plan, *Healthy Futures*. The Smoke Free Places Act has been implemented and is producing healthier environments for all New Brunswickers. The Wellness Action Plan was announced early in 2006, and provides a further basis for improved health status.

These gains will be strengthened and consolidated as we work to make New Brunswick "The Wellness Province;" one of the goals I announced in the 2006 State of the Province address – and we can expect to see further positive changes in our population health indicators as we achieve that aim. And a review of the key determinants of Health shows that the remaining four goals of our 5-in-5 initiatives … affecting education, economic growth, environmental protection, and poverty … will also have substantial impacts on population health.

We have room to improve, and we're taking the actions necessary to do that. As this 2005 Report Card indicates, we're on the right track. Read it, and see.



Message from the Minister

It is my pleasure to release New Brunswick's third annual Health Care Report Card 2005.

As part of the Provincial Health Plan, government is committed to regular on-going reporting of progress towards priorities set out in the plan, of performance of our health care system, and of the health status of New Brunswickers. In reporting on our population's health and health system's performance, we use a wide variety of indicators to help monitor our progress, including, but not limited to, the measures reported upon in this Report Card. For this Report Card, we have added measures and revised others and will continue to refine the measures we use to inform New Brunswickers on their health status and the performance of our health system.

In fiscal 2005/2006, the Government of New Brunswick committed $2.296 billion to fund the province's health care system — $893 million more than was spent in 1999. This level of funding reflects our commitment to improved health care for all New Brunswickers. As part of its on-going commitment, government has continued to focus on implementing the strategies set forth in the Provincial Health Plan to meet the needs of New Brunswickers. Each of the strategies is supported by strategic priorities that identify the initiatives the government has and will continue to carry out in pursuing its vision of a single, integrated provincial health care system that is patient-focused and community-based, providing health services in the official language of choice at a cost New Brunswickers can afford.

This Report Card forms the basis against which progress can be measured. Further analysis of data over time will provide a more comprehensive picture of the achievement of our key strategic goals. Most importantly, this Report Card clearly shows that significant progress is being made in improving access to care, reducing health disparities, and strengthening the health care system. This government remains dedicated to finding ways to maintain and improve upon this progress in the years ahead.

About this Report

As in previous years, the 2005 health status and health system performance information in this Health Care Report Card has largely been drawn from Statistics Canada, Health Canada, and the Canadian Institute for Health Information data sources. Many of these data sets are updated, but a number of others come from national sources which are only renewed every two to three years. For greater transparency, this document now shows the date of the most recent information available and presented.

While largely keeping the same format as earlier Report Cards, this document includes several changes. Many indicators now show information by gender. As the 2004 Report Card provided a "benchmark" set of data, this 2005 document reports extensively on progress made in the implementation of the Provincial Health Plan, in comparison with the benchmark year. In addition, the Report Card describes progress in the following areas:

- Health Care Renewal
- First Ministers' Meeting Accord on Health Care – Ten-Year Plan to Strengthen Health Care
- Population Health Status
- Health System Performance

Context

While the demographic and many health status characteristics of New Brunswick's population have not changed markedly since the last Report Card was issued, significant progress has been made in implementing strategic initiatives under the Provincial Health Plan. These initiatives are expected to have a positive effect on the health of New Brunswickers and the functioning of the health system.

The health plan also mandated the creation of four new stakeholder committees to review and make recommendations regarding various sectors of the health system (Non-Clinical Services Committee, Provincial Programs Steering Committee, Primary Health Care Collaborative Committee, and Patient Safety and Clinical Collaboration Committee). These committees are operational and well into their mandates, with membership drawn from important stakeholder communities, Regional Health Authorities, and the Department of Health.

Regional Health Authorities have submitted their first Regional Health and Business Plans to the Minister for consideration, in accordance with the provisions of the Regional Health Authorities Act. These plans outline a course of action for acting on strategic priorities identified in the health plan and region-specific priorities based on the health needs of the regional population.

Significant developments have also occurred on the Federal/Provincial/Territorial (FPT) stage including agreements on benchmarks for medically acceptable wait times for various procedures, and Health Human Resources action plans. New Brunswick also assumed the role of provincial co-Chair on FPT health issues for 2005-2006.

I. Reporting on Health Care Renewal

The Provincial Health Plan

The actions New Brunswick has taken since the last Health Care Report Card are a continuation of health care renewal directions the government began upon assuming office in 1999.

In June 2004, the government put in place *Healthy Futures*, a four-year plan to secure New Brunswick's health care system and make it sustainable into the future.

> ***Vision for New Brunswick Health System***
>
> *A single, integrated provincial health care system that is patient-focused and community-based, providing health services in the official language of choice at a cost New Brunswickers can afford.*

Provincial Health Plan Priorities

1. **Improving Population Health** – improve the health status of New Brunswickers
2. **Better Access to Care and Services** – safe care and efficient use of health care providers
3. **Expanding Health Human Resources** – an appropriate supply and mix of trained health professionals
4. **Accountability and Evidence-based Decision Making** – promote continuous quality improvement and ensure financial sustainability

Table 1

Initiatives by Priority Area

#1 Population Health

1. Wellness Strategy
2. Chronic Disease Management Strategies
3. Cancer Control Strategy
4. Immunization
5. Emergency Response

#2 Access & Delivery

1. CHC Network
2. Collaborative Practice Clinics
3. Alternate Primary Health Care
4. Hospital Based Clinical Programs
5. Provincial Programs
6. Cardiac Care Program
7. Hospital Beds
8. Ambulance Services - Enhancements
9. Catastrophic Drugs Program
10. Methadone
11. Dialysis
12. E-Health Initiatives
13. Surgical Care Network
14. Home Care Enhancement

#3 Health Human Resources

1. Health Human Resource Strategy

#4 Accountability & Evidence

1. Evidence Based Decision Making
2. Accountability Framework
3. Implementing the PHP with Stakeholders
4. Health Research
5. Investments and Savings

Government has been moving forward with a number of key initiatives within each of these four priority areas, to secure New Brunswick's health care system and make it sustainable into the future. The following are key PHP initiatives that were undertaken in fiscal 2005-2006.

1) Improving Population Health

- **Wellness Strategy.** Allocated $2.25 million in wellness initiatives as part of a multi-year Wellness Strategy. The Wellness Action Plan includes initiatives which focus on increasing physical activity, promoting good nutrition and healthy eating, preventing and reducing tobacco use, and fostering mental health and resiliency for children and youth, while also promoting the physical and emotional well-being of all New Brunswickers.
- **Immunization**. Allocated $3.864 million in publicly funded vaccines for infants and adolescents, including a new vaccine for infants to prevent infections from seven types of pneumococcal bacteria that can cause meningitis, pneumonia, serious infections of the bloodstream and middle ear infections.
- **Health Emergency Response**. Allocated $210,000 for Health Emergency Response initiatives. These included:
  - Supporting the implementation of Regional Health Authority emergency management plans in all regions.
  - Developing an inventory of National Emergency Stockpile System (NESS) supplies located in various warehouses throughout the province.
  - Organizing a training session (emergency hospital) for volunteers.
  - Participating in several national emergency exercises.
  - Completing a final draft of a plan respecting the Department of Health emergency operations center.
  - Overseeing the continuing development of the provincial pandemic influenza preparedness plan.
  - Participating in planning session for a pandemic influenza forum.
- **Chronic Disease Management Strategies.** Continued development of strategies to improve care in the areas of diabetes and stroke.
- **New Brunswick Cancer Strategy**. Allocated $2.5 million for a New Brunswick Cancer Network. Hired Co-CEOs to lead the Network in the development of a cancer strategy for New Brunswick.

2) Better Access to Care and Services

- **Ambulance Services:**
  - Allocated $1.2 million in training of ambulance personnel to improve their skill levels.
  - Eliminated fees for emergency ambulance service as of April 1, 2005 — an investment of $2.3 million.
  - Allocated $1.9 million to provide increased hours of operation for ambulances in areas of the province with greatest need.

- **Home Care**. Allocated $4.8 million to enhance home health care. Included:
  - 22 new full-time equivalent positions for physiotherapists, occupational therapists, social workers, respiratory therapists and nurses to provide rehabilitation services for acute care and palliative care patients in their homes. This builds on the 32 full-time equivalent positions for nurses, social workers and respiratory therapists announced in 2004-2005.
  - $700,000 to expand short-term personal support services to patients who require acute and palliative care in their homes.
- **Alternative Primary Health Care Delivery.** Allocated $700,000 to meet home care needs of New Brunswickers with mental health challenges. Included:
  - Expanding mental health crisis response system by adding 13 new full-time positions.
  - Enhancing accessibility to psychiatric resources in rural areas with implementation of a Tele-Mental Health Program to provide psychiatric assessments to patients in their community.
- **Dialysis.** Allocated $3 million to open new satellite dialysis centres in the Sussex Health Centre, the Saint Joseph Community Health Centre in Dalhousie, the Northern Carleton Hospital in Bath until the new hospital in Waterville is completed and the Hôpital de Tracadie-Sheila.
- **Methadone Maintenance Program**. Allocated $1.2 million to operate methadone maintenance programs in Saint John, Moncton, Fredericton and Miramichi.
- **Community Health Centres (CHCs)**. Allocated $8 million to operate new CHCs in Dalhousie and Caraquet.

- **Collaborative Practice Clinics (CPC)**. Allocated $1.468 million to operate the first CPC which opened in Fredericton.

- **Surgical Access Management/Hospital-Based Clinical Programs.** Allocated $7.805 million to improve surgical access management. Included:

  - ► $500,000 to develop a surgical access network to ensure New Brunswickers have timely access to surgical services.
  - ► $3.855 million for the third cardiac catheterization lab and in other regional health authorities around the Province (over and above the $2.45 million in capital funding).
  - ► $1.0 million for renovations associated with the addition of a third cardiac catheterization laboratory at the Provincial Heart Centre, located in Saint John. In addition, allocated $2.45 million to equip the new laboratory.
  - ► Began planning to implement cardiac electrophysiology services and to enhance cardiac rehabilitation services.

- **Catastrophic Drug Program**. Participated in discussions with Federal/Provincial/Territorial Health Ministers regarding a process to develop, assess and determine cost options for catastrophic pharmaceutical coverage as part of the National Pharmaceutical Strategy.

- **E-Health**. Allocated $6 million in the planning development of E-Health initiatives, including Surgical Access Management, Drug Information System, Medicare claims, Client Registry, Addiction Services, Home Health Care, Diagnostic Imaging, Provider Registry, Health Surveillance Communicable Disease.

3) Expanding Health Human Resources

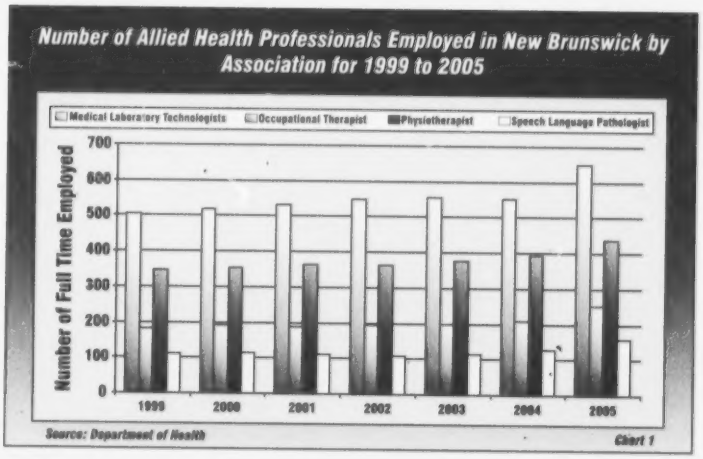
Allied Health Professionals Recruitment and Retention Strategies

In March 2005, the Minister of Health announced $500,000 in new funding for the implementation of a new Allied Health Professionals Resource Strategy, targeting primarily, but not exclusively, health occupations with greater than 10 per cent forecasted shortages.

The strategy included the following recruitment/retention incentives:

- **Provincial Health Bursary Program**. Thirty-three bursaries totaling $172,500 were

offered targeting health occupations with identified high vacancy rates and/or high forecasted vacancy rates based on the Fujitsu forecasting model.



- **Internship/Residency Programs**. Implemented new residency programs for Pharmacy and Psychology based on identified needs and opportunity.

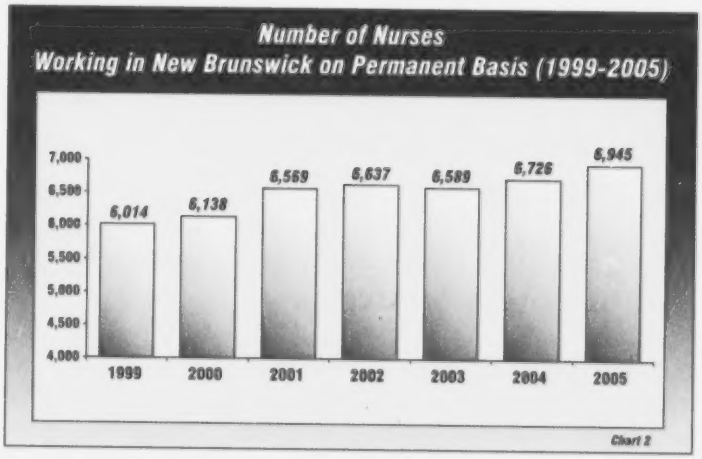
- **NB Clinical Education Program**. Sponsored over 200 students enrolled in audiology, pharmacy, physiotherapy, speech language pathology, and occupational therapy programs from outside the province to return to New Brunswick to complete their clinical placements.

- **Clinical Champions Network**. Began development of a new Clinical Champions Network in collaboration with employers and workers' groups to provide opportunities for continuing education and career development for front-line clinicians who are recognized as innovators and early adopters of better practices, all aimed at improving quality patient care.

- **Education and Training**. Created 15 new seats for a new joint Cardiology Technology and Electroneurophysiology Technology French-language training program implemented at Community College NB in Campbellton.

Nursing Resource Strategy

To ensure New Brunswickers have access to appropriate nursing resources in the future, the New Brunswick Government maintained in 2005, the following initiatives:



- **Summer Employment Program for Student Nurses**. In place since 2001-2002 with 150 student nurse positions, 120 for hospitals and 30 for nursing homes, receiving summer jobs. An allocation of $270,000 is reserved every year for this initiative.

- **Reimbursement of Tuition for Refresher Programs**. Seven registered nurses and licensed practical nurses who re-entered the nursing profession received tuition reimbursements.

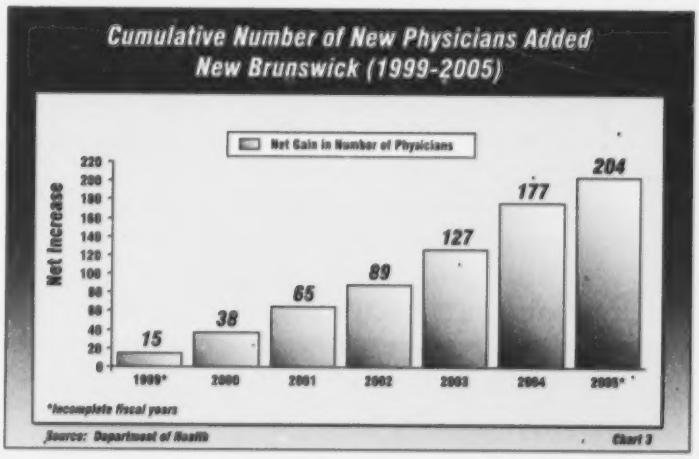
- **Nursing Mentorship.** In 2005, New Brunswick retained 86 per cent of the new nurse graduates of 2004 compared to 74 per cent in 1999 due in part to the Nursing

Mentoring Program. Established in all eight Regional Health Authorities, the program aims at successfully integrating newly hired nurses into the workplace.

- **New Brunswick Critical Care Nursing Program**. This program is offered in both official languages to 52 nurses every year. An investment of $1 million per year responds to the need of the hard-to-recruit critical care units.
- **Nursing Resources Advisory Committee**. As follow-up to the update of the Nursing Service and Resource Management Plan (2005-2010), designed to help guide the development and management of nursing resources and facilitate the delivery of quality nursing services, the Nursing Resources Advisory Committee continued to monitor the implementation of this plan.
- **New Nursing Seats**. Approved 95 new nursing seats to New Brunswick universities of which 42 were added in 2005. These seats included 85 at the Bachelor of Nursing level and 10 at the Master Nurse Practitioner level. The addition of 95 new seats represents an investment of $1.4 million annually.
- **Education Subsidy Program for Student Nurse Practitioners**. Forty-three nurses enrolled in nurse practitioner programs received education subsidies. The program provides financial reimbursement of tuition fees and books to New Brunswick employed nurses pursuing their studies to become nurse practitioners. This represented an investment of over $128,000.
- **Nurse Practitioners.** Added 10 more nurse practitioner positions for a total of 27 registered nurse practitioners currently providing care to New Brunswickers.

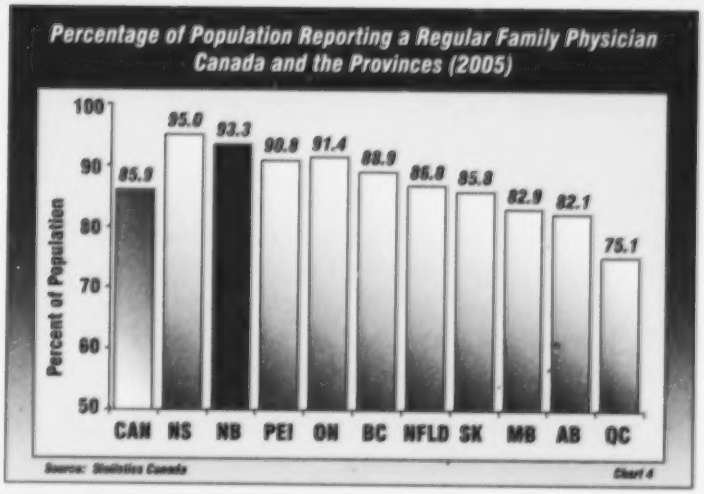
Physician Recruitment and Retention

As of March 31, 2005, New Brunswick had a net increase of 177 physicians and as of November 30, 2005, that number increased to 204. This success is due in part to the following initiatives:

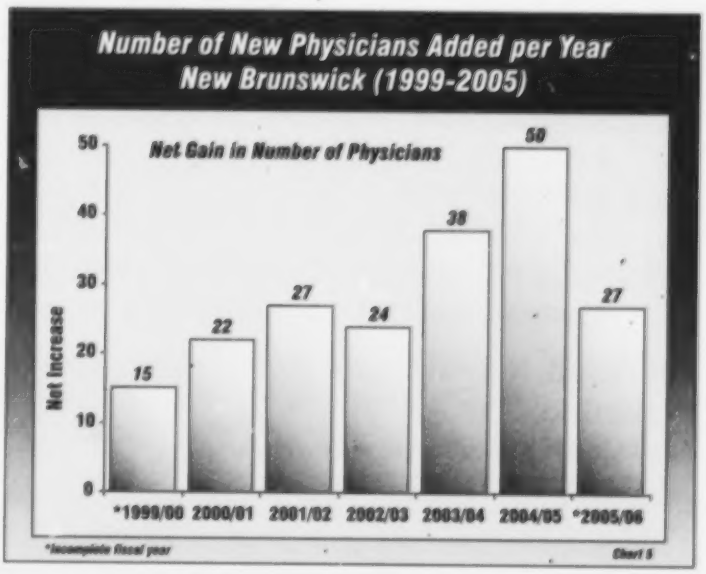


- **Billing Numbers.** Twenty more billing numbers were allocated for physicians bringing the total to 45 since the introduction of the PHP. This represented an investment of $15.09 million to fund these new physicians.
- **Recruitment Strategies.** In July 2005, the Province formed a new partnership with the Université de Sherbrooke. The Université de Sherbrooke will now offer its distributed medical education program in New Brunswick. This means that 24 Francophone New Brunswick students will be able to do their entire four-year medical education program in Moncton. Also announced were plans to undertake a similar approach with an Anglophone distributed program in Saint John by the year 2007.

- **Location Grant Program.** As of November 30, 2005, a total of 295 grants have been allocated since the program was introduced in 2004. The grant is also now available to medical residents who are in their last two years of residency. The program provides grants for newly-recruited family physicians and specialists who agree to establish their practice in hard to recruit areas, or to areas that have been under serviced.



- **Business Grants**. Introduced in 2005, this program provides $15,000 grants to Family Practitioners who establish a fee-for-service practice and who qualify for a location grant. As of November 30, 2005, seven grants were allocated under this program.



- **Minimum Guaranteed Income.** Introduced in 2005, this program guarantees that family practitioners who receive a location grant and who establish a fee-for-service practice 40 kilometres outside the urban centres of Moncton, Fredericton or Saint John will be guaranteed a minimum income of $175,000 in their first year of practice. As of November 30, 2005, four family practitioners have taken advantage of this initiative.

- **Summer Rural Preceptorship Program.** In the summer of 2005 this program, which offers first and second year medical students work experience in rural practices, had 68 medical students for a total of 372 weeks of work experience.

- **Student Bursaries Program.** Provided a $6,000 bursary to 40 medical students who agreed to sign a return of service agreement with the province.

- **Supernumerary Residency Program.** Sponsored 35 residents through this program designed to provide additional residency training opportunities for physicians in areas where there is an anticipated shortage. In return, participants must agree to practice in New Brunswick for a minimum of one year for each year they receive a subsidy.

- **International Medical Graduates.** Fifteen foreign trained physicians were issued restricted licences by the New Brunswick College of Physicians on the recommendation

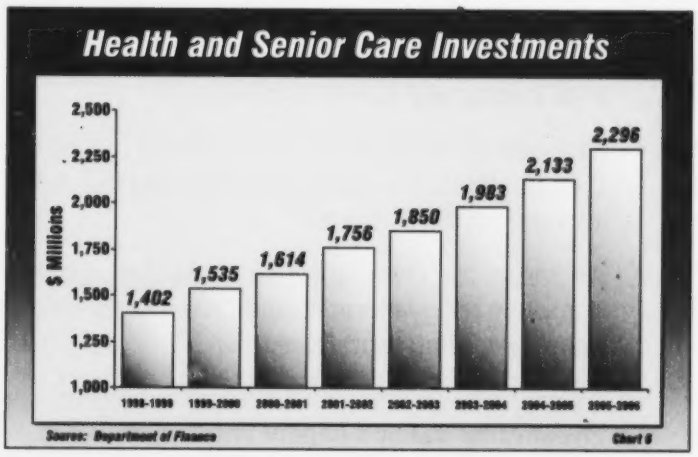
of the Minister of Health. A new initiative was introduced whereby foreign trained physicians who did not meet the criteria for licensure were provided with additional training which allows them to establish a practice. At the end of 2005, three physicians had completed the training and had established their practice while a fourth had entered the program.

4) Accountability and Evidenced-Based Decision-Making

- **Accountability Framework**. Began work on developing an accountability framework.
- **Stakeholder Participation in Implementing the PHP**. The following committees were established and met on several occasions to begin work on their mandates:
  - Patient Safety and Clinical Collaboration Committee.
  - Primary Health Care Collaborative Committee.
  - Non-Clinical Support Services Committee.
- **Health Research**. The New Brunswick Medical Research Fund and Wordel Fund Awards for Kidney Research competitions were announced in fall 2005. Approximately $130,000 was allocated for the 2005-2006 competitions.

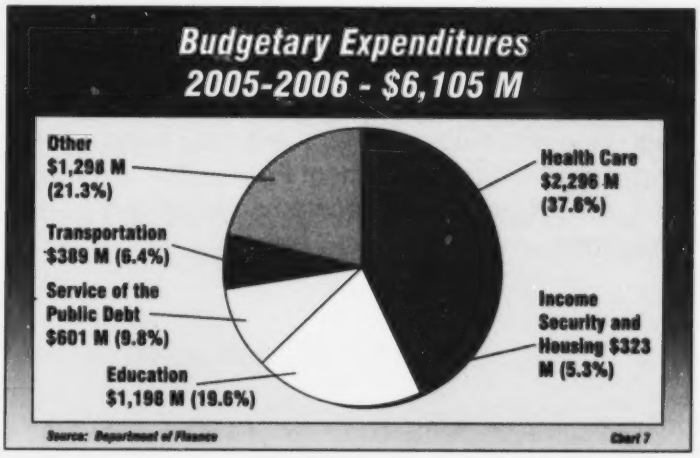
New Investments

For 2005-2006, Government committed $2.296 billion to fund the province's health care system and senior care — $893 million more than was spent in 1999. This represents 37.6 per cent of total spending by the Province on health care related programs and services. Since 1999, 76 per cent of all net new spending by government, or $ 3.351 billion, has been allocated to health care services.



Since 1999, funding has increased in all areas of health care including:

- Medicare: $174.7 million increase
- Hospital Services: $397.4 million increase
- Nursing Homes and Long-Term Care: $167.1 million increase
- Prescription Drug Program: $83.2 million increase



Capital Infrastructure and Equipment

Since 1999, the Province has invested more than $235 million for new construction and equipment in the health care system, which includes an investment of over $95 million in 2005-2006, representing an increase of $38.3 million or a 66.6 per cent increase over 2004-2005. These investments included:

- $29 million to complete planning and begin construction of the new 70-bed hospital for the Upper River Valley area. The hospital will serve the 40,000 citizens of the Upper River Valley and will provide new and enhanced services to patients such as echocardiography, bone densitometry, magnetic resonance imaging (mobile), psychology and satellite renal dialysis. The new hospital is scheduled to open in July 2007 and will represent a total investment of $79 million.
- $10.7 million to complete construction of the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation and the laboratory addition at the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital in Fredericton. The tertiary care facility will serve all New Brunswickers requiring neurological rehabilitation. In total, $28 million has been invested in the new centre.
- $10 million to begin construction of a new emergency, ambulatory care and laboratory services facility at the Moncton Hospital. The project is scheduled for completion in January 2008 and will represent a total investment of $47 million.
- $3 million to begin construction of a new surgical suite at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst. The project is scheduled for completion in June 2007 and will represent a total investment of $11.5 million.
- $1.5 million to complete construction of a new regional addiction services facility in Campbellton. The 18-bed facility opened in September 2005 and represents a total investment of $3 million.
- As part of the Primary Health Care Renewal initiative, $1.665 million was invested to complete renovations for the Community Health Centres at Saint Joseph's in Saint John, Lamèque, Minto and Doaktown.
- To improve the infrastructure and extend the useful life of hospitals, $4.4 million was invested for various capital improvement projects valued over $100,000.
- $35.5 million was invested in diagnostic and other medical equipment.

As a result of the 2003 and 2004 First Ministers' Accords on Health Care, new investments in diagnostic and medical equipment have been made under the federal government's Diagnostic/Medical Equipment Funds. Since these Funds were established in 2003 and 2004, the Province has allocated an additional $47.3 million in diagnostic and medical equipment.

II. Reporting on the First Ministers' Meeting Accord on Health Care – Ten-Year Plan to Strengthen Health Care

On Sept. 16, 2004, First Ministers agreed on a Ten-Year Plan to Strengthen Health Care, an action plan that sets out a clear commitment, shared by all provinces and territories, to achieve results for Canadians in reducing wait times for and improving access to health services. Within this plan, First Ministers agreed to increase the supply of health professionals, based on their assessment of the gaps and to make their action plans public, including targets for the training, recruitment and retention of professional by December 31, 2005. The *Health Human Resources Planning: Gaining Momentum, The New Brunswick Journey,* released in December 2005, fulfilled this commitment.

In December 2005, First Ministers agreed on comparable indicators of access to health care professionals, diagnostic and treatment procedures. Under the benchmarks, which are based on research and clinical evidence, provinces and territories are working towards providing:

- Radiation therapy to treat cancer within four weeks of patients being ready to treat;
- Hip fracture fixation within 48 hours;
- Hip replacements within 26 weeks;
- Knee replacements within 26 weeks;
- Surgery to remove cataracts within 16 weeks for high-risk patients;
- Breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years; and
- Cervical cancer screening for women aged 18 to 69 every three years after two normal tests.

Three benchmarks are being established for cardiac bypass surgery:

- Level I patients within 2 weeks;
- Level II patients with 6 weeks; and
- Level III patients within 26 weeks.

To establish benchmarks, measurements are needed. A wait time begins with the booking of a service, when the patient and the appropriate physician agree to a service and the patient is ready to receive it. The appropriate physician is one with the authority to determine the needed service. A wait time ends with the commencement of the service.

First Ministers also committed to pursue their own strategies to improve access to these procedures so that, by the end of 2007, they can establish multi-year targets to achieve these benchmarks.

More wait time benchmarks will be developed as new evidence is produced.

III. Reporting on Health Status and Health System Performance

How is performance measured?

Consistent with the two previous Health Care Report Cards, two groups of measures were used to examine both the health of the New Brunswick population and health system performance. Examining indicators in each of these two areas can help us determine how well New Brunswick's health care system is doing, and its impact on our population's overall health.

Beginning this year, 19 indicators have been further broken down by gender of which 18 have been updated from the 2004 Report Card.

A rating system was used to assess New Brunswick's overall performance for each area. Each measure has been rated as either: "☺" (good performance); "😐" (satisfactory performance) or "☹" (needs improvement). These ratings were based on consideration of the following three factors (in order of importance):

- New Brunswick's most recent result compared to its previous result.
- New Brunswick's most recent result compared to the most recent average for the other Atlantic Provinces.
- New Brunswick's most recent result compared to the Canadian average.

Population Health Status

As in 2004, population health status indicators have been shown in three categories. The **overall health status** indicators show general measures on longevity and wellness. The **healthy behaviour** section shows the proportion of New Brunswickers practicing behaviours which lead to good health. The **leading causes of premature death** section shows the potential years of life lost because of specific illnesses and medical conditions, for persons who die before the age of 75.

What do the results tell us?

Overall, this data affirms that while New Brunswickers still face many challenges to their overall health status, they are beginning to take steps to address these challenges. Our health status, as that of other Atlantic Canadians, on most measures is somewhat below the Canadian average, but changes in healthy behaviours are beginning to occur, which if sustained and enhanced will lead to overall changes in population health. The commitment of the New Brunswick government to promoting such changes – through the various components of the Provincial Health Plan – may already be contributing to these positive changes.

Table 2 Health Status

	New Brunswick		Most Recent[1] Other Atlantic	Canada	Overall Assessment
	Previous	Most Recent			
Overall Health Status					
Life Expectancy (average years of life) - Female	81.9 (2000-2002)	**82.0** (2003)	81.4	82.4	☺
Life Expectancy (average years of life) - Male	76.2 (2000-2002)	**76.4** (2003)	76.1	77.4	☺
Health Adjusted Life expectancy (years in full health) - Females	NA	**70.9** (2001)	70.3	70.8	☺
Health Adjusted Life Expectancy (years in full health) - Males	NA	**67.4** (2001)	67.2	68.3	☺
Self-reported Health (% who rate their health as very good or excellent) - Female	53.4 (1999-2003)	**55.3** (2005)	62.6	59.6	☺
Self-reported Health (% who rate their health as very good or excellent) - Male	55.0 (1999-2003)	**55.0** (2005)	59.2	60.4	☹
Low Birth Weight (% of newborns ≥ 500g and ≤ 2500g)	5.1 (2000-2002)	**5.1** (2003)	5.4	5.7	☺
Self-reported Mental Health (% who rate their mental health as very good or excellent) - Female	62.5 (2002-2003)	**71.2** (2005)	77.4	74.4	☺
Self-reported Mental Health (% who rate their mental health as very good or excellent) - Male	65.2 (2002-2003)	**69.1** (2005)	75.8	74.7	☺
Healthy Behaviour					
Non-smokers (%) - Females	74.2 (1999-2003)	**80.7** (2005)	78.9	80.2	☺
Non- smokers (%) - Males	72.6 (1999-2003)	**74.8** (2005)	77.5	77.1	☺
Physically Active (%) - Females	35.6 (1999-2003)	**42.3** (2005)	41.1	45	☺
Physically Active (%) - Males	42.5 (1999-2003)	**48.6** (2005)	46.5	50.1	☺
Healthy Body Weight (%) - Females	45.3 (1999-2003)	**41.6** (2005)	41.2	51.8	☹
Healthy Body Weight (%) - Male	35.5 (1999-2003)	**31.9** (2005)	33.2	40.1	☹
Responsible Drinking (% who drink moderately or not at all) - Females	89.3 (2001-2004)	**91.6** (2005)	89.1	90.8	☺
Responsible Drinking (% who drink moderately or not at all) - Males	71.9 (2001-2004)	**69.0** (2005)	67.4	75.4	☹
Chalmydia (rate/100,000) - Female	239.6 (2000-2002)	**255.4** (2003)	NA	258	☺
Chlamydia (rate/100,000) - Male	89.6 (2000-2002)	**109.6** (2003)	NA	114	☺
Healthy Eating (% who eat ≥ 5 fruits and vegetables per day) - Female	37.7 (2001)	**39.3** (2003)	35.5	48.2	☺
Healthy Eating (% who eat ≥ 5 fruits and vegetables per day) - Males	24.9 (2001)	**27.4** (2003)	25.7	34.5	☺
Leading Causes of Death					
Mortality from lung, colorectal, and breast cancer (rate/100,000) - Females	74.7 (1998-2000)	**72.9** (2001)	75.4	74.4	☺
Mortality from lung, colorectal, and prostate cancer (rate/100,000) - Males	134.4 (1998-2000)	**132.7** (2001)	131.5	114.3	☺
Mortality from heart attack (rate/100,000) - Females	42.2 (1998-2000)	**36.2** (2001)	41.3	36.1	☺
Mortality from heart attack (rate/100,000) - Males	89.8 (1998-2000)	**77.7** (2001)	73.9	72.9	☺
Mortality from stroke (rate/100,000) - Females	37.5 (1998-2000)	**37.6** (2001)	35.8	31.7	☹
Mortality rate from stroke (rate/100,000) - Males	42.9 (1998-2000)	**42.3** (2001)	44.5	37.3	☺
PYLL[2] from unintentional injury (0-75) - Females	332.5 (1998-2000)	**316.5** (2001)	327.8	298.3	☺
PYLL from unintentional injury (0-75) - Males	1221.9 (1998-2000)	**1348.9** (2001)	968.0	868.2	☹
PYLL from suicide (0-75) - Females	147.8 (1998-2000)	**170.1** (2001)	71.0	173.8	☹
PYLL for suicide (0-75) - Males	844.0 (1998-2000)	**685.8** (2001)	488.1	621.9	☹

Notes:

[1]The most recent measurement period for 'Other Atlantic' and 'Canada' is the same as the most recent measurement period for New Brunswick.

[2]PYLL (Potential Years of Life Lost) is the number of years, before age 75, that a person dies. For example, a person who dies at age 25 has lost 50 potential years of life. The PYLL figures above are the total number of years of life lost due to each cause, per 100,000 population.

Overall Health Status

The health status of any population is related to a number of factors, many of which have little to do with the actual treatment of illness. As the table on the Key Determinants of Health shows, socio-economic factors play a strong role, as does education, healthy child development, and the physical environment. New Brunswickers' overall health status has not shown substantial changes between the previous reporting period and the current one. Life expectancies have lengthened slightly, with women now expected to live until age 82, and men until age 76.4. Neither change is statistically significant. These life expectancies continue to compare favourably to the other Atlantic provinces, although men in Atlantic Canada in general have a slightly shorter life expectancy than the Canadian average of 77.4 years.

The Health Adjusted Life Expectancy (HALE) indicator shows the number of years individuals can expect to live in full health – and shows a contrast with the overall life expectancy. While data for female New Brunswickers compares well with the other Atlantic provinces and the Canadian average, Atlantic Canadian men, including New Brunswickers, lag behind the Canadian average by a year.

Key Determinants of Health

Income and Social Status
Wealth and social status influence health by determining how much control people have over circumstances such as housing, nutrition and physical activity.

Social Support Networks
Support from families, friends and communities helps people to cope with difficult situations and maintain a sense of control over their lives.

Education
Education provides knowledge and skills for daily living and increases opportunities for employment.

Employment/Working Conditions
Meaningful work with economic stability and a healthy work environment are linked to good health.

Physical Environment
Air and water quality, housing and community safety have a major impact on health.

Biology and Genetics
Some people have a genetic predisposition to certain illnesses. Diabetes is one example.

Personal Health Practices and Coping Skills
Effective coping skills enable people to solve problems and make choices that enhance their health.

Healthy Child Development
Prenatal and early childhood experiences have a lifelong effect on health.

Health Services
Adequate access to preventive and primary health care services plays an important role in promoting good health.

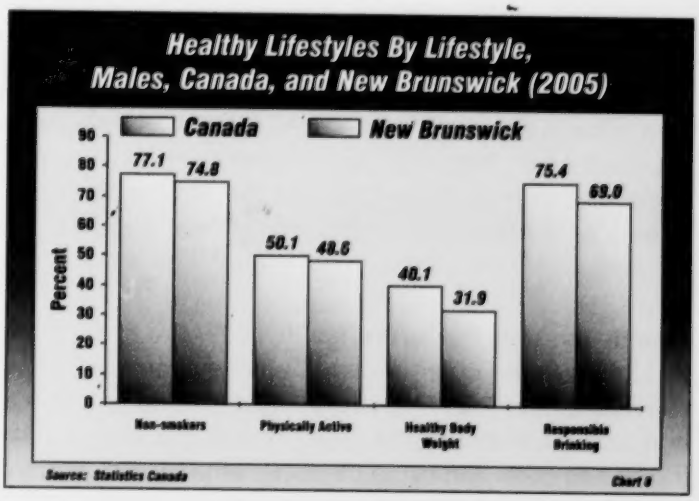
Table 3

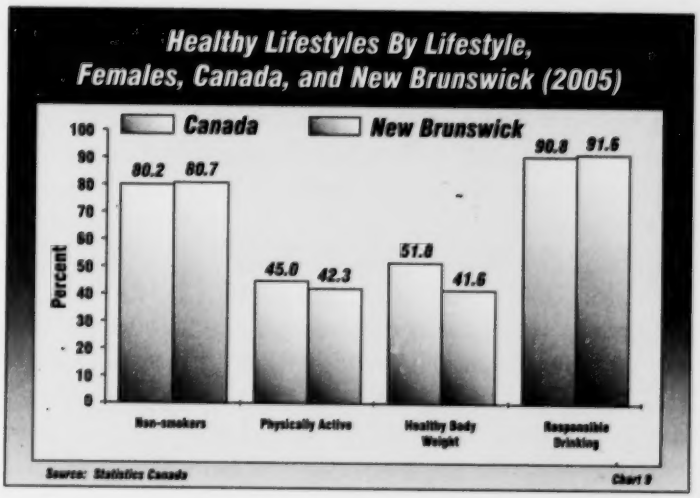
New data on self-reported health status shows that approximately two per cent more female New Brunswickers *consider* themselves to be in very good or excellent health than in the previous reporting periods, while the male rate has remained constant. In this indicator, both genders lag behind the other Atlantic provinces and the Canadian average. It is striking to note a significant improvement in another self-reported indicator: both men and women show marked improvements in their mental health. While still below Atlantic and Canadian averages, this trend is moving in a positive direction.

New Brunswick continues to show well on rates of low-birthweight babies, with fewer low-birthweight babies born than either the Canadian or the Atlantic averages.

Healthy Behaviour

While the objective overall health status indicators show consistency or improvement, the picture is more ambiguous regarding healthy behaviour. New data shows that more New Brunswickers are now non-smokers (80.7 per cent of women, and 74.8 per cent of men). It will be interesting to see how these trends develop, reflecting the impact of the 2004 Smoke Free Places Act.





Physical activity rates have also improved since the last reporting period, to 42.3 per cent and 48.6 per cent for women and men, respectively. New Brunswickers are now more active than other Atlantic Canadians, and while we still have to improve to meet the Canadian average, the trend is moving in the right direction. One would anticipate that combined with the better non-smoking rates, this will over time have an impact on illness rates, and demands on the health care system.

Perhaps paradoxically, the improvement in physical activity has yet to lead to better healthy body weight scores. Declines in these indicators reinforce that activity alone cannot control bodyweight – it needs to be paired with healthy eating. As with all "self reported" measures, there may be differences between an individual's actual body-weight, and what they report to a researcher … change in this indicator may show increased *sensitivity to* obesity, rather than increased *actual* obesity.

Self-reported responsible drinking (defined as % who drink moderately or not at all) has improved for female New Brunswickers since the last reporting period, where we now show better numbers than the Canadian average. Men, however, showed a decline of almost three percentage points on this indicator, still a better score than other Atlantic Canadian men, but approximately 5.4 points behind the Canadian average.

Infection rates for Chlamydia show a steep rise between the 2000-2002 reporting period and the most recent data. While New Brunswick is still somewhat below the Canadian infection rates, the marked gap which was present in previous years has now eroded. As marked changes in sexual behaviour have not been noted, closer correlation between the national and provincial data seems to suggest that the previous data was under-reporting.

New data is not available on the leading causes of death, although the information reported in

the 2004 Health Care Report Card is now shown with gender breakdowns. As described in that document, New Brunswick shows disturbing data regarding the effect of accidents and suicide. The potential years of life lost due to unintentional injury is roughly 1 ½ times the Canadian average for males, reflecting both the rate of fatal accidents, and the young age of many affected. Potential years of life lost due to suicide does not show the same degree of disparity, but the rate for males is still substantially above both the Atlantic and Canadian averages, and the rate for females is more than double the rate for other Atlantic Canadian women.

Health System Performance

In Table 4, three categories of health system performance indicators are presented. **Access to Health Services** indicators reflect the health care system's capacity to provide appropriate and timely treatment and care according to need. **Satisfaction** indicators assess the ability of the health care system to meet patients' needs and expectations. **Effectiveness** measures demonstrate the success of health care programs and services, particularly those in the hospital system, in achieving desired clinical outcomes.

What Do The Results Tell Us?

According to the results, New Brunswick's health care system is delivering good or satisfactory performance on 22 of the 29 indicators. Performance ratings on seven of the indicators were comparatively low demonstrating a need for further improvement. In all cases, access to health services indicators show improvements over the previous year, and when compared to the rest of Canada our performance is better in all but three indicators. Patient Satisfaction indicators also reveal New Brunswick's performance is improving in three of the four areas indicated. However, measures on effectiveness indicate a need for improvement in seven of the 15 areas, particularly those relating to survival rates for lung and colorectal cancers.

Access to Health Care Services

The vast majority (95.9 per cent) of women reported having access to a family physician, a rate which is slightly higher over the previous period and better than the national average by six percentage points. In contrast, only 90.6 per cent of males reported having similar access. However, the rate did improve over the previous year and was higher than both the national average (81.9 per cent) and the average for Atlantic Canada (81.9 per cent).

The rates for New Brunswickers who reported difficulty in obtaining immediate care (19.4 per cent), in obtaining routine health services (12.4 per cent) and, in obtaining health information or advice (16.9 per cent) were all lower than the previous period. These rates were, in fact, better than the national average and with the exception of the rate for health information advice were lower than the average for the other Atlantic provinces. The above is testimony to the fact that New Brunswickers continue to receive the health care services they need when they need them.

More New Brunswickers aged 75 and older reported receiving home care services in 2003 than in 2001. Compared to the national average and the average for other Atlantic provinces, 25 per cent more seniors indicated having access to home care services.

Table 4

Health System Performance

	New Brunswick		Most Recent[1]		
	Previous	Most Recent	Other Atlantic	Canada	Overall Assessment
Access to Health Services					
Access to Family Physician (% of females 12+ who have a family physician)	95.1 (2001-2003)	**95.9** (2005)	94.2	89.8	☺
Access to Family Physician (% of males 12+ who have a family physician)	90.1 (2001-2003)	**90.6** (2005)	89.5	81.9	☺
Difficulty Obtaining Immediate Care *(% of population 15+)*	23.8 (2003)	**19.4** (2005)	23.0	21.4	☺
Difficulty Obtaining Routine Health Services *(% of population 15+)*	15.5 (2003)	**12.4** (2005)	13.3	15.9	☺
Difficulty Obtaining Health Information or Advice *(% of population 15+)*	17.4 (2003)	**16.9** (2005)	15.7	15.7	☺
Access to Home Care (% of population 75+ receiving home care services)	20.2 (2001)	**21.7** (2003)	16.1	14.6	☺
Contact with telephone health line *(% of population 15+)*	8.9 (2003)	**10.3** (2005)	1.3	11.1	☺
Wait time for non-urgent surgery (% waiting > 3 months)	18.7 (2003)	**13.3** (2005)	17.8	19.2	☺
Wait time for specialists visits (% waiting > 3 months)	15.5 (2001-2003)	**13.1** (2005)	15.2	12.2	☺
Wait time for diagnostic tests (% waiting > 3 months)	10.6 (2003)	**9.9** (2005)	13.0	11.2	☺
Patient Satisfaction					
(% of population 15+ "very" or "somewhat" satisfied with services received in past year)					
Overall Health Care	86.7 (2001-2003)	**90** (2005)	88.6	85.5	☺
Hospital Services	85.1 (2001-2003)	**84.9** (2005)	86.0	81.2	☺
Physician Care	92.8 (2001-2003)	**92.9** (2005)	93.8	91.2	☺
Community Health Care	92.3 (2001-2003)	**92.9** (2005)	87.6	82.6	☺
Effectiveness					
Percentage of pneumonia patients with unplanned readmission	2.6 (1997-1999)	**2.8** (2000-2002)	3	3.2[a]	☺
Percentage of heart attack patients with unplanned readmission	NA*	**9** (2001-2003)	8.2[b]	6.9	☹
Percentage of heart attack victims who die within 30 days of admission	12.7 (1999-2001)	**12.9** (2000-2002)	12.8[b]	11.4	☹
Percentage of heart attack victims who survive for at least 1 year - Females	88.8 (1997-1999)	**91.3** (2000)	90.2[c]	NA	☺
Percentage of heart attack victims who survive for at least 1 year - Males	91 (1997-1999)	**93.1** (2000)	91.8[c]	NA	☺
Percentage of stroke victims who die within 30 days of admission	19.2 (1999-2001)	**19** (2000-2003)	24.0	18.6	☺
Percentage of stroke victims who survive for at least 180 days - Female	88.7 (1997-1999)	**92.4** (2000)	75.4[c]	NA	☺
Percentage of stroke victims who survive for at least 180 days - Male	88.9 (1997-1999)	**87** (2000)	88.0[c]	NA	☹
Percentage of cancer patients who survive for at least 5 years after diagnosis (relative survival[d])					
• Lung cancer - Female	15 (1994-1996)	**14** (1995-1997)	17.6	17	☹
• Lung cancer - Male	12 (1994-1996)	**12** (1995-1997)	13.9	14	☹
• Colorectal cancer - Female	61 (1994-1996)	**59** (1995-1997)	60.4	61	☹
• Colorectal cancer - Male	59 (1994-1996)	**58** (1995-1997)	61.2	59	☹
• Prostate cancer	91 (1994-1996)	**91.0** (1995-1997)	90.6	91	☺
• Breast cancer	84 (1994-1996)	**85** (1995-1997)	86.2	86	☺
Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions (rate per 100,000 population)	NA*	**708** (2002)	586.2	416	☹

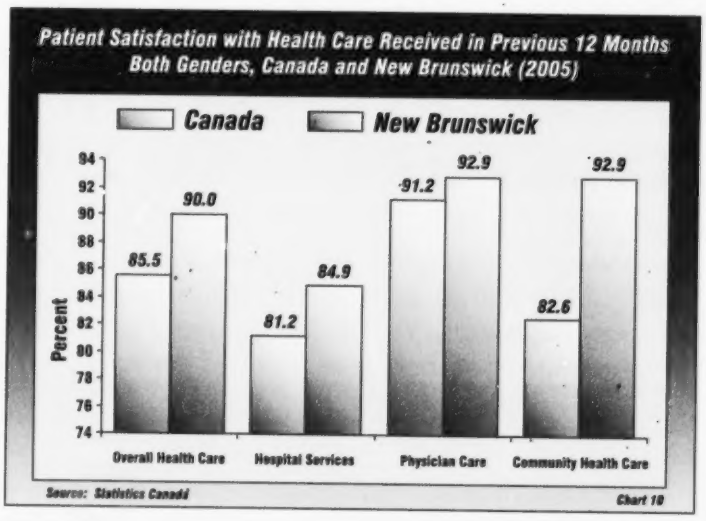
Notes:
[1]The most recent measurement period for 'Other Atlantic' and 'Canada' is the same as the most recent measurement period for New Brunswick.
[a]Excludes QC and MB
[b]Excludes NFLD.
[c]NS only.
[d]Relative survival compares the survival for a group of cancer patients to the survival that would have been expected for members of the general population, assumed to be practically free of the cancer of interest. For example, New Brunswick females diagnosed with breast cancer between 1995 and 1997 were (on average) 85% as likely to live for another five years, as were females of the same age, who did not have breast cancer.
* New and revised coding standards introduced with the ICD-10-CA/CCI classification system, as well as changes in the methodology for calculating these indicators affects the comparability of rates from previous years to those of the most current year.

The percentage of New Brunswickers reporting having made contact with a telephone health line markedly increased over the previous period from 8.9 per cent to 10.3 per cent, which is a striking 690 per cent above the rate for other Atlantic provinces.

From 2003 to 2005, there was a drop in the percentage of New Brunswickers who reported having to wait more than three months to receive non-urgent surgery (18.7 per cent to 13.3 per cent respectively). This was matched by similar drops in the rate of New Brunswickers who reported having to wait for specialists and diagnostic tests (15.5 per cent to 13.1 per cent, and 10.6 per cent and 9.9 per cent respectively). In all cases, these rates were better than the national averages and the averages for Atlantic Canadians.

Patient Satisfaction

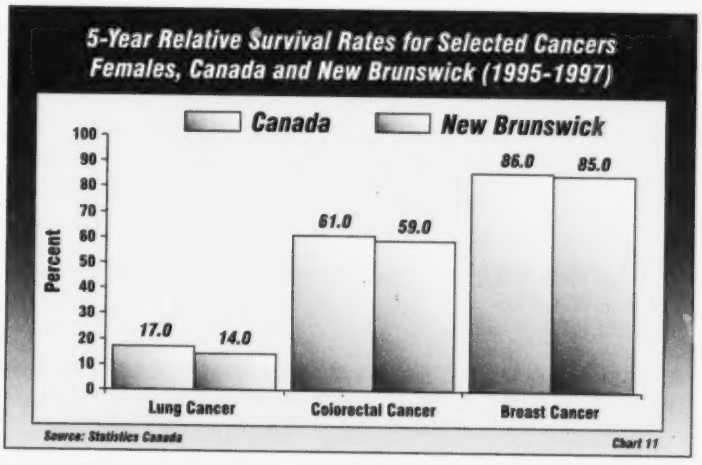
Ninety per cent of New Brunswickers reported being very or somewhat satisfied with health care services in the year 2005. This is significantly higher than the national average of 85.5 per cent and also above the average of the other Atlantic provinces of 88.9 per cent.



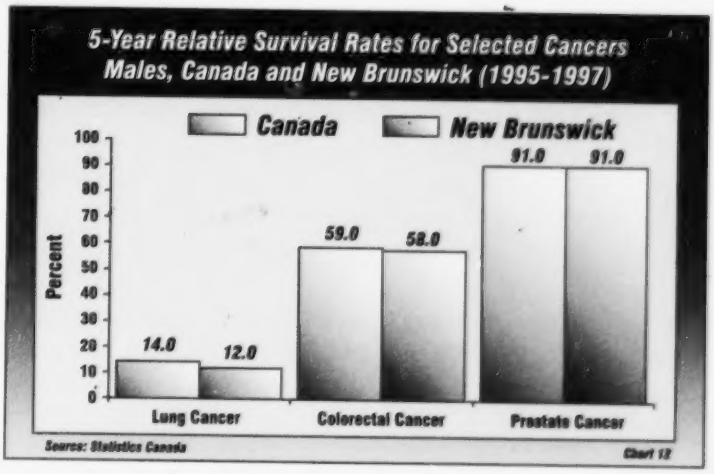
A higher percentage of New Brunswickers than Canadians on average rated hospital care as very or somewhat satisfactory – 84.9 per cent for New Brunswick compared to 81.2 per cent for Canada. Approximately 93 per cent of New Brunswickers were somewhat or very satisfied with the community health care services they received – substantially higher than the rates reported by other Canadians. The results also indicate more than 90 per cent of New Brunswickers were pleased with the care provided by their physicians.

Effectiveness

Five-year cancer survival rates reflect both the impact of early detection efforts and the effectiveness of treatment after diagnosis. New Brunswick's five-year survival rate for lung cancer dropped slightly over the previous period from 15 per cent to 14 per cent, while survival rates for men were unchanged. Survival rates for colorectal cancer (female and male) also decreased slightly but were comparable to the averages for other Canadians. Five-year survival rates for prostate and breast cancer were relatively unchanged over the previous period and were similar to the average for other Atlantic Canadians and the national average.



One-year survival rates for heart attack and 180-day survival rates for stroke are influenced by the quality of initial hospital care and the effectiveness of ongoing community-based care after discharge from hospital. Net survival rates for heart attack have improved since the last reporting period, to 91.3 per cent and 93.1 per cent, respectively, for women and men. While the net survival rate for female stroke victims increased by 3.7 per cent, the rate for men decreased from 88.9 per cent to 87 per cent. The former represents a rate which is 17 per cent higher than the average for other Atlantic Canadians.



Thirty-day in-hospital mortality rates for heart attack and stroke are indicators of the effectiveness of emergency treatment and the quality of hospital care. New Brunswick's 30-day in-hospital AMI mortality (12.9 per cent) rate remained steady over last year, but was nearly two percentage points higher than the Canadian average. In contrast, the stroke mortality rate dropped slightly from 19.2 per cent to 19 per cent, similar to the average for other Canadians but five percentage points lower than the average for other Atlantic Canadians.

Re-admission rates for heart attack and pneumonia provide an indication of the quality and effectiveness of both hospital and community-based care. New Brunswick's one-year re-admission rate for heart attack stood at nine per cent, compared with only 8.2 per cent and 6.9 per cent for Atlantic Canadians and other Canadians, respectively. New Brunswick's re-admission rate for pneumonia (2.8 per cent) increased slightly over the previous year and was below the national average (3.2 per cent) and the average reported by the other Atlantic provinces (three per cent).

Better access to primary health care increases the use of ambulatory care, prevents unnecessary hospitalizations and improves the health status of the population. Hospitalization rates for ambulatory sensitive conditions refer to the inpatient rate for conditions where appropriate ambulatory care prevents or reduces the need for admission to hospital. It is an indicator of the effectiveness, availability and accessibility of community-based care. Not all admissions for ambulatory care sensitive conditions are avoidable, however a disproportionately high rate may indicate problems in obtaining access to primary care. New Brunswick's hospitalization rate (per 100,000 population) for ambulatory sensitive conditions is 708, above the average for other Atlantic provinces (586.2 per 100,000 population) and the national average (416 per 100,000 population).

IV. Future of Health and Health Care in New Brunswick

In this Report Card, the health status of New Brunswickers and the performance of the New Brunswick health care system were compared with their performances in the previous reporting period as well as with the Canadian average and the average for the other Atlantic provinces. While the measures represent a snapshot rather than a long-term view, they provide important insights into how well New Brunswick is doing.

In general, the information in this Report Card indicates that New Brunswick is doing well with respect to health system performance; improvements are particularly noticeable in the area of access relating to physicians and other health services. However, the rate of ambulatory-sensitive hospitalizations (which can be considered to be an outcome measure of primary health care) continues to be an issue of concern, especially when compared to the rest of Canada.

New Brunswick's overall health status has shown modestly positive trends, with indicators like life expectancy, health adjusted life expectancy, low birthweight and self-reported mental health matching or leading the Atlantic Canada averages. Healthy behaviours also show positive signs, as non-smoking rates, and rates for physical activity each move upwards. That said, not all members of society are reaping the benefits – and New Brunswickers, like other Atlantic Canadians, lag behind Canadian measures for healthy body weight and responsible drinking (among males).

Some other indicators show areas where further attention is required. Chlamydia rates, once substantially lower than the Canadian average, now are at par with them. Mortality for stroke (among females), and mortality from lung, colorectal, and prostate cancers (among males) each show higher rates than the Canadian averages, and potential years of life lost due to injury (among males) and from suicide (both genders) show areas where substantial improvements are in order. Since the provincial government is only one of many players taking actions that influence any of these broad health outcomes, it is committed to working in partnership toward common goals.

Meeting the growing demands of this province's health care system is a complex task and no single initiative will provide all the answers. However, the initiatives that have been taken through the Provincial Health Plan are already showing early results. The Wellness Strategy Action Plan, to be led by the Department of Wellness, Culture and Sport, will lead New Brunswick towards making it "The Wellness Province," a goal established by Premier Bernard Lord in the 2006 State of the Province address. Increasing the physical activity level of New Brunswick's population is among the most effective steps that can be taken to improve overall health, and not incidentally productivity and sense of well being.

This Report Card indicates that strong foundations have been laid through the Provincial Health Plan to improve both the health of New Brunswickers, and the vitality of the health care system which serves them.

Rapport destiné à la population néo-brunswickoise

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2005

New Nouveau
Brunswick
CANADA

Table des matières

Message du premier ministre....1
Message du ministre....1
Au sujet de ce rapport....3

I. Rapport sur le renouvellement des soins de santé....4
Le Plan provincial de la santé....4
Nouveaux investissements....11

II. Rapport relatif à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé – Plan décennal pour consolider les soins de santé....13

III. Rapport sur l'état de la santé et le rendement du système de soins de santé....14
État de santé de la population....14
Accès aux soins de santé....18
Satisfaction des patients....20
Efficacité....20

IV. Avenir de la santé et des soins de santé au Nouveau-Brunswick....22

Liste des graphiques

Graphique 1 - Nombre de professionnels de la santé complémentaires et parallèles employés au Nouveau-Brunswick selon l'association, de 1999 à 2005....8
Graphique 2 - Nombre d'infirmières et d'infirmiers travaillant à temps plein au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005)....8
Graphique 3 - Nombre cumulatif de nouveaux médecins de plus au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005)....9
Graphique 4 - Pourcentage de la population ayant un médecin de famille, Canada et provinces (2005)....10
Graphique 5 - Nombre de nouveaux médecins de plus par année au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005)....10
Graphique 6 - Investissements en soins de santé et en soins offerts aux aînés 1998-1999 à 2005-2006....11
Graphique 7 - Dépenses budgétaires 2005-2006....11
Graphique 8 - Modes de vie sains selon le mode de vie chez les hommes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (2005)....17
Graphique 9 - Modes de vie sains selon le mode de vie chez les femmes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (2005)....17
Graphique 10 - Degré de satisfaction des patients par rapport aux soins reçus dans les 12 derniers mois, hommes et femmes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (2005)....20
Graphique 11 - Taux de survie relatif de 5 ans à certains cancers, chez les femmes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (de 1995 à 1997)....20
Graphique 12 - Taux de survie relatif de 5 ans à certains cancers chez les hommes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (de 1995 à 1997)....21

Liste des tableaux

Tableau 1 - Mesures par secteur prioritaire....4
Tableau 2 - État de santé....15
Tableau 3 - Déterminants clés de la santé....16
Tableau 4 - Rendement du système de santé....19

ISBN - 1-55396-687-2

Message du premier ministre

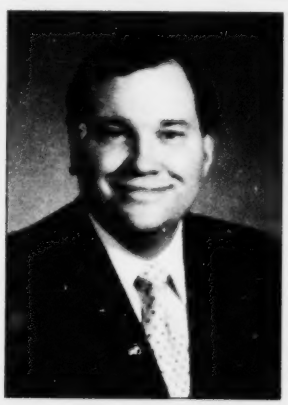
Je suis très heureux de présenter cette fiche annuelle de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick, la troisième en autant d'années. La santé trône au sommet des priorités de mon gouvernement depuis 1999, et nos investissements en ce sens n'ont cessé de croître depuis notre entrée en fonction. De tels investissements portent leurs fruits, comme en font foi les renseignements contenus dans le présent rapport. Notre priorité renouvelée alors que nous travaillons à faire du Nouveau-Brunswick une province du mieux-être entraînera sûrement d'autres résultats positifs.

Tel que l'indique le présent rapport que ce soit relativement au rendement du système de santé ou à l'état de santé de la population, nous constatons un mouvement dans la bonne direction. L'accès aux services de soins de santé s'est accru grâce aux investissements dans les ressources humaines en santé et dans des technologies médicales plus nombreuses. Les gens du Nouveau-Brunswick fument moins et sont plus actifs. Des changements définitifs par rapport à de telles habitudes de vie bénéficieront grandement à la population du Nouveau-Brunswick dans les années à venir.

Et mon gouvernement progresse face aux engagements énoncés dans le Plan provincial de la santé *Un avenir en santé*. La *Loi sur les endroits sans fumée* est désormais en vigueur et procure des milieux plus sains à tous les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises. Le gouvernement a dévoilé le plan d'action de sa Stratégie du mieux-être, tôt en 2006, un autre tremplin pour améliorer l'état de santé.

Nous assisterons au renforcement et à la consolidation de ces gains, grâce aux efforts que nous déployons pour faire du Nouveau-Brunswick la « province du mieux-être » un des l'objectifs que j'ai annoncé dans mon discours sur l'état de la province de 2006 – et nous prévoyons d'autre des changements positifs à nos indicateurs de l'état de santé de la population à mesure que nous progressons dans cette visée. Une révision des déterminants clés de la santé indique que les quatre derniers objectifs de nos cinq objectifs pour les cinq prochaines années qui portent sur l'éducation, la croissance économique, la protection de l'environnement et la pauvreté auront aussi d'importantes répercussions sur la santé de la population.

Il y a place à l'amélioration et nous prenons les mesures qu'il faut pour y arriver. Comme l'illustre cette fiche de rendement 2005, nous sommes sur la bonne voie. Lisez ce qui suit et faites-en le constat.



Message du ministre

J'ai le grand plaisir de dévoiler cette troisième Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick, 2005.

Dans notre Plan provincial de la santé, le gouvernement s'est engagé à rendre compte régulièrement et sur une base continue des progrès accomplis face aux priorités énoncées dans le plan, au rendement de notre système de santé, et à l'état de santé globale de la population néo-brunswickoise. Pour rendre compte de l'état de santé de notre population et du rendement de notre système de santé, nous faisons appel à un large éventail d'indicateurs qui aident à suivre nos progrès, lesquels comprennent notamment les mesures dont il est question dans le présent rapport. Pour cette fiche de rendement, nous avons ajouté des mesures et en avons rajusté d'autres, et nous continuerons à raffiner celles utilisées pour renseigner les gens du Nouveau-Brunswick de leur état de santé et du rendement de notre système de soins de santé.

Durant l'exercice 2005-2006, le gouvernement du Nouveau-Brunswick s'est engagé à verser 2,296 milliards de dollars pour financer le système de soins de santé provincial, soit 893 millions $ de plus que les sommes dépensées en 1999. Ce montant de financement traduit notre engagement à améliorer les soins de santé pour tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises. Conformément à cet engagement continu, le gouvernement a maintenu l'accent sur la mise en œuvre des stratégies énoncées dans le Plan provincial de la santé pour satisfaire les besoins des gens du Nouveau-Brunswick. Chacune de ces stratégies découle de priorités stratégiques définissant les initiatives qu'a lancées le gouvernement et que nous lancerons encore pour arriver à réaliser sa vision d'un système provincial unique et intégré de services de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient, offrant des services de santé dans la langue officielle choisie, à un coût abordable pour la population néo-brunswickoise.

Cette fiche de rendement constitue la base à partir de laquelle on peut mesurer les progrès accomplis. D'autres analyses au fil du temps permettront de brosser un tableau encore plus complet de nos principaux objectifs stratégiques réalisés. Plus important encore, cette fiche de rendement illustre sans équivoque la réalisation de progrès considérables en matière d'accès aux soins, d'aplanissement des disparités en santé et de consolidation du système de soins de santé. Le gouvernement actuel demeure déterminé à trouver dans les prochaines années des façons de maintenir ces nouveaux acquis et de miser à les augmenter.

Au sujet de ce rapport

Comme ce fut le cas au cours des années précédentes, les renseignements de 2005 sur l'état de santé et le rendement du système publiés dans la présente Fiche de rendement du système de santé émanent principalement de données de Statistique Canada, de Santé Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Plusieurs de ces ensembles de données ont fait l'objet de mises à jour, mais un certain nombre proviennent de sources nationales qui sont seulement renouvelées aux deux ou trois ans. Pour assurer plus de transparence, ce document présente désormais la date la plus récente de l'information disponible et publiée.

Bien que nous ayons conservé un format quasi identique à celui des fiches de rendement antérieures, ce document contient plusieurs modifications. Des indicateurs présentent maintenant l'information selon le sexe. Comme la fiche de rendement de 2004 contenait un ensemble de données « étalons », le compte rendu 2005 fait largement état des progrès réalisés par la mise en œuvre du Plan provincial de la santé, par rapport à l'année repère. De plus, la fiche de rendement rend compte des progrès dans les secteurs suivants :

- Renouvellement des soins de santé
- Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé – Plan décennal pour consolider les soins de santé
- État de santé de la population
- Rendement du système de santé

Contexte

Même si la démographie et plusieurs caractéristiques de l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick n'ont pas changé de façon appréciable depuis la publication de la dernière fiche de rendement, on note des progrès considérables dans la mise en œuvre d'initiatives stratégiques découlant du Plan provincial de la santé. On s'attend à ce que ces initiatives aient des incidences positives sur la santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises et sur le fonctionnement du système de santé.

Le plan de santé commandait aussi la création de nouveaux comités d'intervenants pour passer en revue divers aspects du système de santé et formuler des recommandations (Comité sur les services de soutien non cliniques, Comité directeur des programmes provinciaux, Comité de collaboration sur les soins primaires, et Comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques). Ces comités sont en fonction et en pleine phase d'exécution de leur mandat, et les membres dont ils sont constitués proviennent d'importants regroupements d'intervenants, des régies régionales de la santé et du ministère de la Santé.

Les régies régionales de la santé ont chacune présenté leur premier Plan régional de santé et d'affaires au ministre pour étude, conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Le plan décrit les moyens qu'envisage chaque régie pour réaliser les priorités régionales du plan de santé ainsi que celles spécifiques à chaque région en se fondant sur les besoins en santé de la population locale.

On note aussi des percées significatives au plan fédéral-provincial-territorial (FPT), notamment des accords relatifs aux points repères pour des délais d'attente jugés acceptables au plan médical, pour diverses chirurgies, et des plans d'action sur les ressources humaines en santé. Le Nouveau-Brunswick a assuré la coprésidence provinciale du groupe FPT sur les enjeux liés à la santé pour l'année 2005-2006.

I. Rapport sur le renouvellement des services de santé

Le Plan provincial de la santé

Les mesures adoptées par le Nouveau-Brunswick depuis la dernière Fiche de rendement sur le système de santé s'inscrivent dans la vision de renouvellement des soins que poursuit l'actuel gouvernement depuis son entrée en fonction en 1999.

En juin 2004, le gouvernement a adopté son programme *Un avenir en santé*, une stratégie échelonnée sur quatre ans qui assurera la stabilité et la viabilité du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick pour l'avenir.

Vision d'un système de soins de santé du Nouveau-Brunswick

Un système provincial unique et intégré de services de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient, offrant des services de santé dans la langue officielle choisie, à un coût abordable pour la population néo-brunswickoise.

Priorités du Plan provincial de la santé

1. **Amélioration de la santé de la population** – améliorer l'état de santé de la population néo-brunswickoise.
2. **Meilleur accès aux soins et services** – Assurer des services sûrs et une utilisation efficace des fournisseurs de services de santé.
3. **Renforcement des ressources humaines en santé** – Disposer de suffisamment de professionnels de la santé formés dans les disciplines requises.
4. **Responsabilité et prise de décision en fonction des résultats** – favoriser l'amélioration continue de la qualité et assurer la viabilité financière.

Tableau 1

Mesures par secteur prioritaire

N° 1 Santé de la population

1. Stratégie de mieux-être
2. Stratégies de gestion des maladies chroniques
3. Stratégie de contôle du cancer
4. Immunisation
5. Intervention d'urgence

N° 2 Accès et prestation

1. Réseau des CSC
2. Cliniques d'exercice de la profession en collaboration
3. Autres options de soins de santé primaires
4. Programmes cliniques en milieu hospitalier
5. Programmes provinciaux
6. Programme de soins cardiaques
7. Lits d'hôpitaux
8. Services ambulanciers-améliorations
9. Programme d'assurance-médicaments pour les coûts catastrophiques
10. Méthadone
11. Dialyse
12. Mesures de cybersanté
13. Réseau de soins chirurgicaux
14. Amélioration des soins à domicile

N° 3 Ressources humaines du secteur de la santé

1. Stratégie de ressources humaines du secteur de la santé

N° 4 Obligation de rendre des comptes et faits

1. Prise de décision en fonction des faits
2. Cadre de responsabilisation
3. Instaurer le PPS avec les intervenants
4. Recherche en santé
5. Investissements et économies

Le gouvernement a enclenché plusieurs initiatives clés découlant de chacun des quatre secteurs prioritaires, qui assureront la stabilité et la viabilité du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick dans l'avenir. Celles qui suivent sont les initiatives clés du PPS amorcées durant l'exercice 2005-2006.

N° 1 – Améliorer la santé de la population

- **Stratégie du mieux-être**. Investissement de 2,25 millions $ dans des initiatives sur le mieux-être faisant partie de la Stratégie pluriannuelle du mieux-être. La Stratégie du mieux-être prévoit des initiatives visant à accroître l'activité physique, promouvoir la bonne alimentation et les bonnes habitudes alimentaires, prévenir et réduire le tabagisme, et favoriser la santé mentale et le ressort psychologique chez les enfants et les jeunes, tout en encourageant le mieux-être physique et émotionnel de tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises.
- **Immunisation**. Investissements 3,864 millions $ dans des vaccins subventionnés par l'État à l'intention des enfants et des adolescents, dont un nouveau pour prévenir chez les enfants sept variétés de bactéries pneumococciques pouvant causer la méningite, la pneumonie, de graves infections de la circulation sanguine et des otites de l'oreille moyenne.
- **Intervention en matière d'urgence sanitaire**. Investissement de 210 000 $ envers des mesures d'intervention en matière d'urgence sanitaire, notamment :
  - appuyer la mise en œuvre de plans d'intervention d'urgence des régies régionales de la santé dans toutes les régions;
  - dresser l'inventaire des fournitures de la Réserve nationale de secours (RNS) se trouvant dans divers entrepôts situés partout dans la province;
  - préparer une séance de formation (hôpital d'urgence) à l'intention des bénévoles;
  - participer à un certain nombre d'exercices d'urgence nationaux;
  - élaborer l'ébauche finale du plan d'établissement d'un centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé;
  - superviser l'élaboration continue du Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la pandémie d'influenza;
  - participer à une séance de planification d'un forum concernant la pandémie d'influenza.
- **Stratégies de gestion des maladies chroniques.** Continuer l'élaboration de stratégies pour améliorer les soins du diabète et des accidents vasculaires cérébraux et l'accès à ces soins.
- **Stratégie de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick**. Investissement de 2,5 millions $ envers le Réseau de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Embauche de codirecteurs pour diriger le Réseau dans l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick.

N° 2 – Assurer un meilleur accès aux soins et aux services

- **Services ambulanciers.**
  - ► investissement de 1,2 million $ envers la formation du personnel ambulancier afin d'améliorer les niveaux de compétence;
  - ► abolition des frais d'ambulance en cas d'urgence en vigueur depuis le 1er avril 2005, ce qui représente un investissement de 2,3 millions $;
  - ► investissement de 1,9 million $ pour prolonger les heures d'ouverture des services ambulanciers dans les régions de la province qui en ont le plus besoin.

- **Soins à domicile**. Investissement de 4,8 millions $ pour améliorer les soins à domicile, notamment :
  - ► 22 nouveaux postes à temps plein de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, d'inhalothérapeutes et d'infirmières pour des services de réadaptation à domicile offerts aux patients des soins actifs et des soins palliatifs. Ceci s'ajoute aux 32 postes à temps plein pour les infirmières, les travailleurs sociaux et les inhalothérapeutes annoncés en 2004-2005.
  - ► 700 000 $ pour élargir l'effectif de personnel chargé des services de soutien à domicile à court terme aux patients des soins actifs et palliatifs.
- **Autres options de prestation de soins de santé primaires**. Montant de 700 000 $ pour répondre aux besoins en matière de service à domicile des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises ayant des problèmes de santé mentale, notamment :
  - ► augmentation de la capacité du système d'intervention en cas de crise en santé mentale, grâce à l'ajout de 13 nouveaux postes à temps plein;
  - ► meilleur accès aux services psychiatriques dans les régions rurales grâce à la mise en œuvre d'un programme de télésanté mentale, afin d'offrir l'évaluation psychiatrique aux patients dans leur collectivité.
- **Dialyse.** Investissement de 3 millions $ envers l'ouverture d'unités satellites de traitement de dialyse au centre de santé de Sussex, au centre de santé communautaire Saint-Joseph de Dalhousie, à l'hôpital Northern-Carleton de Bath (jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital à Waterville), et à l'hôpital de Tracadie-Sheila.
- **Programme de traitement d'entretien à la méthadone**. Investissement de 1,2 million $ pour l'exécution de programmes de traitement d'entretien à la méthadone à Saint John, à Moncton, à Fredericton et à Miramichi.
- **Centres de santé communautaires (CSC)**. Investissements de 8 millions $ pour l'exploitation de nouveaux CSC à Dalhousie et à Caraquet.
- **Cliniques d'exercice de la profession en collaboration (CEPC)**. Investissement de 1,468 million $ envers l'exploitation de la première CEPC à ouvrir ses portes à Fredericton.

- **Gestion de l'accès aux soins chirurgicaux et Services cliniques en milieu hospitalier**. Investissement de 7,805 millions $ pour améliorer la gestion de l'accès aux soins chirurgicaux, notamment :

  - 500 000 $ dans la création du réseau d'accès aux soins chirurgicaux pour assurer aux gens du Nouveau-Brunswick l'accès aux services de chirurgie en temps utile;
  - 3,855 millions $ dans un troisième laboratoire de cathétérisme cardiaque et dans les autres régies régionales de la santé ailleurs dans la province (en plus des 2,45 millions $ de financement dans les immobilisations);
  - investissement de 1 million $ pour les rénovations nécessaires à l'ajout d'un troisième laboratoire de cathétérisme au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, à Saint John. On prévoit que ce troisième laboratoire ouvrira en avril 2006. Investissement additionnel de 2,45 millions $ pour équiper le nouveau laboratoire;
  - début de la planification en vue du déploiement des services d'électrophysiologie cardiaque et du perfectionnement des services de réadaptation cardiaque.

- **Programme d'assurance-médicaments pour les coûts catastrophiques**. Participation aux discussions des ministres de la Santé fédéral-provinciaux-territoriaux relatives à une démarche visant à élaborer, évaluer et établir des options de coûts d'une assurance-médicaments pour les coûts catastrophiques découlant de la Stratégie nationale pour les produits pharmaceutiques.

- **Cybersanté**. Investissement de 6 millions $ dans l'élaboration et la mise ou point des initiatives de cybersanté, dont la gestion de l'accès aux soins chirurgicaux, le système de renseignements sur les médicaments, les réclamations de l'Assurance-maladie, le registre de la clientèle, les Services de traitement des dépendances, les services de soins de santé à domicile, l'imagerie diagnostique, le registre des fournisseurs et la surveillance des maladies transmissibles.

N° 3 – Augmentation des ressources humaines en santé

Stratégies de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé complémentaires et parallèles

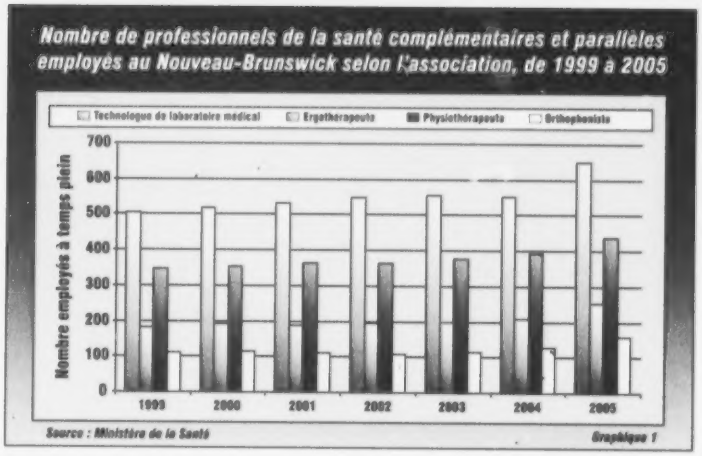
En mars 2005, le ministre de la Santé a annoncé 500 000 $ de nouveaux fonds pour mettre en œuvre une nouvelle stratégie de recrutement de professionnels de la santé complémentaires et parallèles qui s'adresse principalement, mais non exclusivement, aux professions de la santé pour lesquelles on annonce des pénuries supérieures à dix pour cent.

La stratégie prévoit, pour le recrutement et le maintien en poste, les mesures incitatives suivantes :

- **Programme provincial de bourses pour la santé**. Trente-trois bourses totalisant 172 500 $ ont été offertes dans les professions de la santé pour lesquelles le nombre de postes vacants est réputé élevé ou pour lesquelles on prévoit une forte pénurie, selon le modèle prévisionnel Fujitsu.

- **Programmes de stage et de résidence**. Établissement de nouveaux programmes de résidence en pharmacie et en psychologie fondés sur les possibilités et besoins recensés.

- **Programme de formation clinique du Nouveau-Brunswick.** Parrainage de plus de 200 étudiants inscrits dans les programmes d'audiologie, de pharmacie, de physiothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie offerts à l'extérieur de la province, qui reviennent au Nouveau-Brunswick pour terminer leur placement clinique.

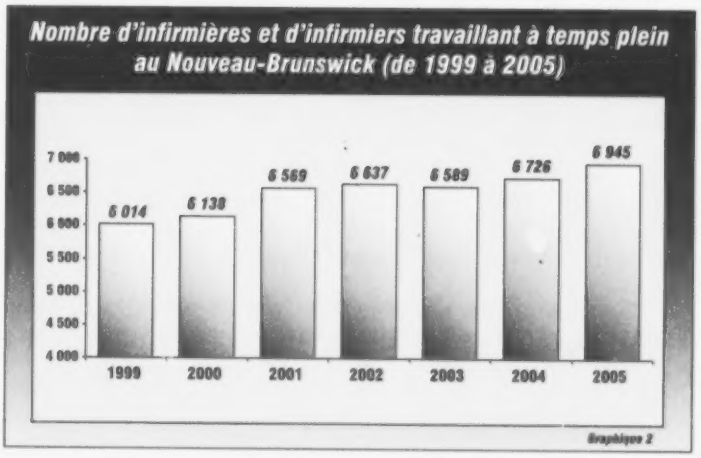


- **Réseau des chefs de file des services cliniques**. Début de l'élaboration d'un nouveau réseau des chefs de file des services cliniques, en collaboration avec les employeurs et les groupes de travailleurs pour offrir des occasions de formation continue et d'avancement de carrière aux cliniciens de première ligne qui sont reconnus pour adopter très tôt les meilleures pratiques et pour faire preuve d'innovation dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients.

- **Formation et perfectionnement**. Création de 15 places dans un nouveau programme de formation conjoint de langue française en technologie appliquée à la cardiologie et à l'électroneurophysiologie au CCNB, campus de Campbellton.

Stratégie en matière de ressources infirmières

Pour s'assurer qu'à l'avenir les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises aient accès à des ressources infirmières suffisantes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a poursuivi en 2005 les initiatives suivantes :



- **Programme d'emplois d'été pour les étudiants et étudiantes infirmières**. Programme instauré en 2001-2002, grâce auquel 150 étudiantes infirmières, soit 120 dans les hôpitaux et 30 dans les foyers de soins, ont obtenu des emplois d'été. Une somme de 270 000 $ est mise de côté chaque année pour cette initiative.

- **Remboursement des frais de scolarité des programmes de recyclage**. Sept infirmières immatriculées et infirmières auxiliaires autorisées qui ont réintégré la profession ont obtenu le remboursement de leurs frais de scolarité.

- **Mentorat en soins infirmiers**. En 2005, le Nouveau-Brunswick a pu conserver 86 p. 100 de ses infirmières et infirmiers diplômés de 2004, comparativement à 74 p. 100 en 1999, en partie grâce au programme de mentorat en soins infirmiers. En place dans les huit régies régionales de la santé, ce programme vise à intégrer avec succès des infirmières nouvellement embauchées dans le milieu de travail.

- **Programme de soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick**. Ce programme est offert dans les deux langues officielles à 52 infirmières et infirmiers tous les ans. Un investissement

de 1 million $ par an permet de satisfaire aux difficiles exigences de recruter du personnel dans les unités de soins intensifs.

- **Comité consultatif sur les ressources en main-d'œuvre infirmière**. Pour donner suite à la mise à jour du Plan de gestion des ressources et des services infirmiers (2005-2010) destinée à aider à orienter le développement et la gestion des ressources infirmières et à faciliter la prestation de services infirmiers de qualité, le Comité consultatif sur les ressources en main-d'œuvre infirmière a continué à coordonner la mise en œuvre de ce plan.

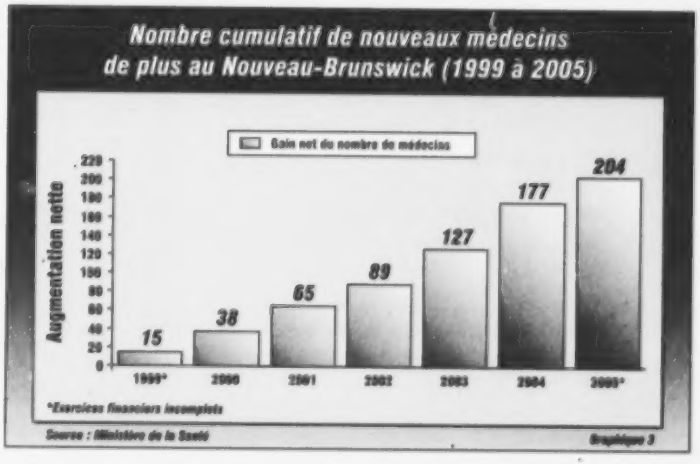
- **Nouvelles places en sciences infirmières**. Approbation de 95 nouvelles places en sciences infirmières dans les universités du Nouveau-Brunswick dont 42 ont été ajoutées en 2005. De celles-ci, 85 sont des places au niveau du baccalauréat, et dix au niveau de la maîtrise pour devenir infirmier ou infirmière praticien. L'ajout de 95 nouvelles places représente un investissement de 1,4 million $ annuellement.

- **Programme de subventions pour les infirmiers et infirmières praticiennes**. En tout, 43 infirmiers et infirmières inscrits ou cours de formation des infirmières et infirmiers praticiens ont reçu une subvention de formation. Ce programme offre le remboursement des droits de scolarité et des livres aux membres de la profession infirmière exerçant au Nouveau-Brunswick qui poursuivent des études pour devenir infirmier ou infirmière praticien. Ceci représente un investissement de plus de 128 000 $.

- **Infirmiers et infirmières praticiennes**. Ajout de dix nouveaux postes d'infirmier ou infirmière praticien pour un total de 27 actuellement en fonction et prodiguant des soins à la population du Nouveau-Brunswick.

Recrutement et maintien en poste de médecins

Au 31 mars 2005, le Nouveau-Brunswick avait enregistré un gain net de 177 médecins, et au 30 novembre 2005, ce chiffre augmentait à 204. Cette réussite est due en bonne partie aux mesures suivantes :



- **Numéros de facturation**. En tout, 20 numéros de facturation ont été attribués à des médecins, ce qui porte le total à 45 depuis la présentation du Plan provincial de la santé. Cette mesure a représenté un investissement de 15,09 millions $ pour le financement de ces nouveaux médecins.

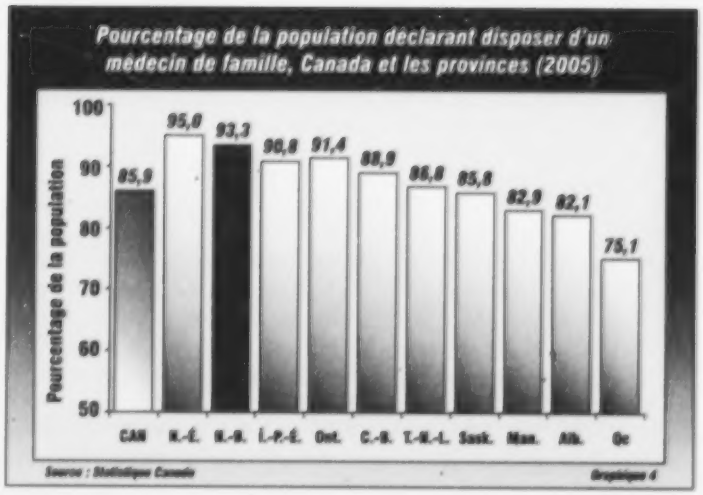
- **Stratégies de recrutement**. En juillet 2005, le gouvernement provincial a créé un nouveau partenariat avec l'Université de Sherbrooke. L'Université de Sherbrooke offrira maintenant au Nouveau-Brunswick son programme de formation médicale à l'extérieur des centres universitaires traditionnels. Cela signifie que 24 étudiants francophones en médecine du Nouveau-Brunswick pourront commencer et terminer leur programme de formation médicale de quatre ans à Moncton. Des plans pour une approche similaire, avec un programme de langue anglaise de formation à l'extérieur des centres universitaires traditionnels, ont été aussi été dévoilés pour Saint John, d'ici à l'année 2007.

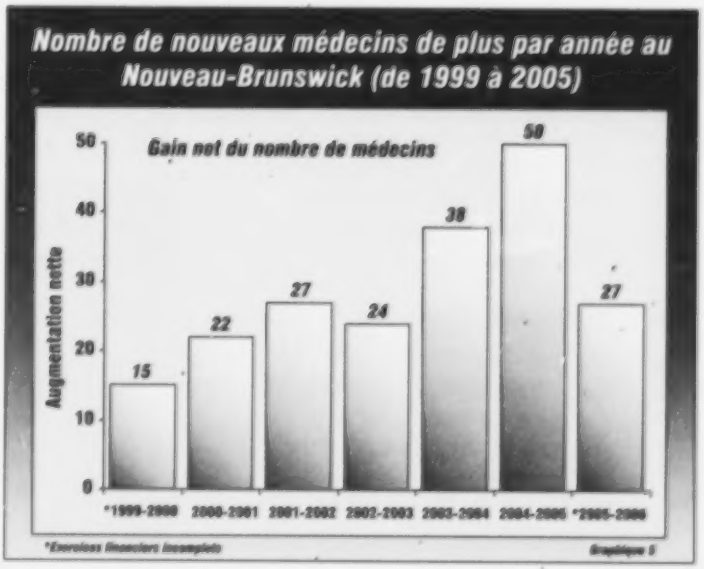
- **Programme de subvention d'emplacement**. Au 30 novembre 2005, en tout 295 subventions avaient été attribuées, depuis la création du programme en 2004. Dorénavant, la subvention sera aussi offerte aux médecins résidents qui en sont à leurs deux dernières années de résidence. La mesure propose une subvention aux médecins et aux spécialistes nouvellement arrivés qui acceptent de pratiquer dans des régions où il est difficile d'attirer des recrues, ou dans des régions où il y a pénurie de services.

- **Subvention d'affaires**. Lancé en 2005, ce programme offre une subvention de 15 000 $ aux médecins de famille admissibles à la subvention d'emplacement qui établissent un cabinet d'exercice et qui sont payés à l'acte. Au 30 novembre 2005, sept subventions ont été attribuées par l'entremise de ce programme.

- **Revenu minimum garanti**. Lancé en 2005, ce programme garantit aux médecins de famille qui ont reçu la subvention d'emplacement, qui établissent un cabinet d'exercice à 40 km à l'extérieur des centres urbains de Moncton, de Fredericton ou de Saint John et qui sont payés à l'acte, un revenu minimum garanti de 175 000 $ pour leur première année d'exercice dans la province. Au 30 novembre 2005, quatre médecins de famille ont eu recours à cette mesure.

- **Programme estival de préceptorat en milieu rural**. Durant l'été 2005, ce programme, qui offre aux étudiants en médecine de première et deuxième années une expérience de travail pratique en milieu rural, a accueilli 68 étudiants en médecine pour un total de 372 semaines d'expérience de travail.





- **Programme de bourses pour étudiants et étudiantes en médecine**. Remise de bourses de 6 000 $ à 40 étudiants et étudiantes en médecine qui ont accepté de signer un accord de retour de service avec la province.

- **Programme de résidence surnuméraire**. Parrainage de 35 médecins résidents, par l'entremise de ce programme, qui a pour but d'offrir des occasions additionnelles de formation en résidence pour les médecins dans les régions où une pénurie s'annonce. En échange, les participants au programme acceptent de pratiquer la spécialité au Nouveau-Brunswick durant au moins un an pour chacune des années subventionnées.

- **Diplômés en médecine formés à l'étranger**. Suivant la recommandation du ministre de la Santé, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a émis des permis d'exercice restreints à quinze médecins formés à l'étranger. Conformément à la nouvelle mesure adoptée, les médecins formés à l'étranger qui ne satisfont pas aux critères justifiant l'octroi du permis d'exercice ont reçu de la formation additionnelle pour leur permettre d'établir un cabinet. À la fin de l'année 2005, trois médecins ont complété la formation et établi leur cabinet d'exercice, et un quatrième a été admis au programme.

N° 4 – Obligation de rendre compte et prise de décisions fondées sur des faits

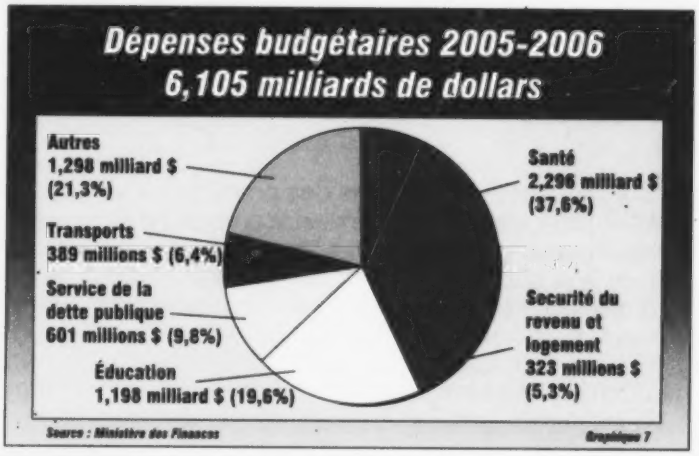
- **Cadre de responsabilisation**. Début de l'élaboration d'un cadre de responsabilisation.
- **Participation des intervenants à la mise en œuvre du Plan provincial de la santé**. Les comités suivants ont été mis sur pied et ont tenu plusieurs rencontres pour amorcer l'exécution de leur mandat respectif :
  - Comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques
  - Comité de collaboration sur les soins primaires
  - Comité sur les services de soutien non cliniques
- **Recherche en matière de santé**. Les appels de demandes de bourses du Fonds de recherche médicale du Nouveau-Brunswick et de subventions du Fonds Wordel pour la recherche sur le rein ont été publiés en 2005. Près de 130 000 $ ont été attribués pour le concours 2005-2006.

Nouveaux investissements

Pour l'année 2005-2006, le gouvernement s'est engagé à verser 2,296 milliards de dollars pour financer le système provincial des soins de santé et des soins aux aînés, soit 893 millions $ de plus que les sommes dépensées en 1999. Une telle somme représente 37,6 p. 100 des dépenses totales du gouvernement provincial qui vont vers les programmes et les services liés aux soins de santé. Depuis 1999, 76 p. 100 de toutes les nouvelles dépenses nettes engagées par le gouvernement, ou 3,351 milliards de dollars, ont été affectées aux services de santé.

Depuis 1999, le financement a augmenté dans tous les domaines du secteur de la santé, y compris :

- Assurance-maladie : augmentation de 174,7 millions $
- Services hospitaliers : augmentation de 397,4 millions $
- Foyers de soins et soins de longue durée : augmentation de 167,1 millions $
- Plan de médicaments sur ordonnance : augmentation de 83,2 millions $



Immobilisations et équipement
Depuis 1999, le gouvernement provincial a investi plus de 235 millions $ dans de nouveaux projets de construction et de l'équipement pour le système de santé, dont 95 millions $ au cours de l'exercice financier 2005-2006, soit une hausse de 38,3 millions $ ou de 66,6 p. 100 par rapport à 2004-2005. Voici un aperçu :

- 29 millions $ pour terminer la planification et commencer la construction d'un nouvel hôpital de 70 lits dans la vallée du haut Saint-Jean. L'hôpital servira un bassin de quelque 40 000 citoyens et citoyennes du haut Saint-Jean, en plus d'offrir aux patients des services nouveaux et améliorés, tels l'échocardiographie, l'ostéodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique (mobile), la psychologie et un service satellite de dialyse rénale. L'ouverture du nouvel hôpital est prévue en juillet 2007 et représentera un investissement total de 79 millions $;

- 10,7 millions $ pour terminer la construction du Centre de réadaptation Stan-Cassidy et laboratoire intégrés à l'hôpital régional Dr Everett Chalmers de Fredericton. L'établissement de soins tertiaires s'adresse à tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises qui ont besoin de services de réadaptation d'ordre neurologique. Au total, le nouveau centre a fait l'objet d'investissements de 28 millions $;

- 10 millions $ pour commencer à construire les nouvelles installations des services des urgences, des soins ambulatoires et des services de laboratoire au Moncton Hospital. Ce projet doit être achevé en janvier 2008 et représentera un investissement total de 47 millions $;

- 3 millions $ pour commencer la construction d'un nouveau bloc opératoire à l'hôpital régional Chaleur de Bathurst. L'achèvement de ce projet est prévu en juin 2007 et représentera un investissement total de 11,5 millions $;

- 1,5 million $ pour terminer la construction des nouvelles installations des Services de traitement des dépendances à Campbellton. L'établissement de 18 lits a ouvert ses portes en septembre 2005 et représente un investissement total de 3 millions $;

- dans la foulée de l'Initiative de renouvellement des soins de santé primaires, investissement de 1,665 million $ dans des rénovations aux centres de santé communautaires St. Joseph (Saint John), de Lamèque, de Minto et de Doaktown;

- afin d'améliorer l'infrastructure et d'étendre la vie utile des hôpitaux, des investissements de 4,4 millions $ ont été effectués dans une série de projets d'amélioration d'immobilisations de plus de 100 000 $;

- investissements de 35,5 millions $ dans de l'équipement diagnostique et d'autres équipements médicaux.

En conséquence des accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé en 2003 et 2004, de nouveaux investissements en équipement médical et de diagnostic ont pu être réalisés grâce aux Fonds pour l'équipement diagnostique et médical du gouvernement fédéral. Depuis la création de ces fonds en 2003 et en 2004, le gouvernement provincial a attribué 47,3 millions $ supplémentaires envers de l'équipement diagnostique et médical.

II. Rapport relatif à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé – Plan décennal pour consolider les soins de santé

Le 16 septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'un Plan décennal pour consolider les soins de santé, c'est-à-dire d'un plan d'action qui établit clairement l'engagement partagé par toutes les provinces et les territoires envers des résultats pour les Canadiens et Canadiennes quant à la réduction des délais d'attente et à un accès amélioré aux services de santé. Conformément à ce plan, les premiers ministres ont accepté d'accroître le nombre de professionnels de la santé en fonction de leur propre évaluation des lacunes, et de rendre publiques leurs intentions, notamment en ce qui concerne les objectifs en matière de formation, de recrutement et de maintien en poste des professionnels, au plus tard le 31 décembre 2005. Le document intitulé *La planification des ressources humaines en santé prend de l'ampleur – Le cheminement du Nouveau-Brunswick,* publié en décembre 2005, honore cet engagement.

En décembre 2005, les premiers ministres ont convenu d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement. À partir de ces repères, fondés sur la recherche et des preuves cliniques, les provinces et les territoires visent les cibles suivantes :

- radiothérapie moins de quatre semaines après que le patient est jugé apte à recevoir son traitement;
- réparation des fractures de la hanche en moins de 48 heures;
- arthroplastie de la hanche en moins de 26 semaines;
- arthroplastie du genou en moins de 26 semaines;
- ablation des cataractes en moins de 16 semaines pour les patients présentant un risque élevé;
- examen de dépistage du cancer du sein tous les deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans;
- examen de dépistage du cancer du col utérin tous les trois ans pour les femmes âgées de 18 à 69 ans après deux tests ayant donné des résultats normaux.

Trois repères sont prévus pour les pontages coronariens :

- patients au premier degré en moins de deux semaines;
- patients au deuxième degré en moins de six semaines;
- patients au troisième degré en moins de 26 semaines.

Pour établir des repères, il faut s'entendre sur des mécanismes de mesure. Le délai d'attente commence dès la réservation d'un service, lorsque le patient et le médecin approprié conviennent d'un service et que le patient est prêt à le recevoir. Le médecin approprié est celui qui est investi de l'autorité de déterminer le service qui est requis. Le délai d'attente prend fin au début de la prestation du service.

Les premiers ministres ont aussi pris l'engagement de donner suite à leur propre stratégie d'amélioration de l'accès à ces services et traitements de telle sorte qu'ils puissent, d'ici à la fin de 2007, fixer des objectifs pluriannuels d'application des repères.

D'autres repères seront élaborés au fur et à mesure que de nouvelles preuves seront avancées.

III. Rapport sur l'état de la santé et le rendement du système de soins de santé

Comment mesure-t-on le rendement?

Conformément aux deux fiches de rendement sur le système de santé précédentes, deux ensembles de mesures ont permis d'étudier à la fois la santé de la population et le rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick. L'examen des indicateurs dans chacun de ces deux secteurs nous aide à établir l'état de fonctionnement du système de santé du Nouveau-Brunswick et son incidence sur la santé globale de notre population.

Dès cette année, 19 indicateurs ont fait l'objet d'une ventilation additionnelle selon le sexe, et de ceux-ci, 18 ont été actualisés par rapport à la fiche de rendement 2004.

Un système de classement a permis d'évaluer le rendement global du Nouveau-Brunswick dans chaque secteur. Chaque mesure a obtenu une cote, soit « ☺ » (bon rendement), « 😐 » (rendement satisfaisant), ou « ☹ » (rendement à améliorer). Ces cotes ont été établies en fonction des trois facteurs suivants (en ordre d'importance) :

- dernier résultat du Nouveau-Brunswick comparativement à son résultat précédent;
- dernier résultat du Nouveau-Brunswick comparativement aux dernières moyennes affichées par les autres provinces de l'Atlantique;
- dernier résultat du Nouveau-Brunswick comparativement à la moyenne canadienne.

État de santé de la population

Comme en 2004, les indicateurs sur l'état de santé de la population sont présentés en trois catégories. Les indicateurs de l'**état de santé global** donnent des mesures générales de la longévité et du mieux-être. La partie traitant des **comportements sains** indique la proportion de Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois ayant des comportements qui favorisent une bonne santé. La partie sur les **principales causes de décès prématuré** indique les années potentielles de vie perdues en raison de maladies spécifiques ou de troubles médicaux particuliers chez les personnes qui meurent avant l'âge de 75 ans.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer des résultats?

De façon générale, les données révèlent que le Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises, bien qu'ils soient confrontés à plusieurs défis par rapport à leur état de santé général, ont entrepris certaines démarches pour y remédier. Notre état de santé, comme chez les autres Canadiens de l'Atlantique, se classe en dessous de la moyenne canadienne dans la plupart des indicateurs, mais on commence à observer des changements par rapport aux comportements sains, lesquels, si la tendance se maintient et s'améliore, se traduiront par des changements dans la santé de la population en général. L'engagement pris par le gouvernement du Nouveau-Brunswick d'encourager de tels changements – grâce aux multiples volets du Plan provincial de la santé – pourrait bien, déjà, contribuer à ce vent de changements positifs.

Tableau 2 État de santé

	Nouveau-Brunswick		Plus récente[1] Autres Atlantique	Canada	Évaluation sur l'ensemble
	Précédente	Plus récente			
État de santé global					
Espérance de vie (années de vie moyennes) - Femmes	81,9 (2000-2002)	**82,0** (2003)	81,4	82,4	☺
Espérance de vie (années de vie moyennes) - Hommes	76,2 (2000-2002)	**76,4** (2003)	76,1	77,4	☺
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé – Femmes (années en parfaite santé)	s/o	**70,9** (2001)	70,3	70,8	☺
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé – Hommes (années en parfaite santé)	s/o	**67,4** (2001)	67,2	68,3	☺
Autoévaluation de la santé (% qui considère leur santé très bonne ou excellente) - Femmes	53,4 (1999-2003)	**55,3** (2005)	62,6	59,6	☹
Autoévaluation de la santé (% qui considère leur santé très bonne ou excellente) - Hommes	55,0 (1999-2003)	**55,0** (2005)	59,2	60,4	☹
Poids insuffisant à la naissance (% des nouveau-nés) ≥ 500 g et ≤ 2500 g)	5,1 (2000-2002)	**5,1** (2003)	5,4	5,7	☺
Autoévaluation de la santé mentale (% qui considère leur santé mentale très bonne ou excellente) - Femmes	62,5 (2002-2003)	**71,2** (2005)	77,4	74,4	☺
Autoévaluation de la santé mentale (% qui considère leur santé mentale très bonne ou excellente) - Hommes	65,2 (2002-2003)	**69,1** (2005)	75,8	74,7	☺
Comportement sain					
Non-fumeuses (%) - Femmes	74,2 (1999-2003)	**80,7** (2005)	78,9	80,2	☺
Non-fumeurs (%) - Hommes	72,6 (1999-2003)	**74,8** (2005)	77,5	77,1	☺
Active physiquement (%) - Femmes	35,6 (1999-2003)	**42,3** (2005)	41,1	45	☺
Actif physiquement (%) - Hommes	42,5 (1999-2003)	**48,6** (2005)	46,5	50,1	☺
Poids corporel sain (%) - Femmes	45,3 (1999-2003)	**41,6** (2005)	41,2	51,8	☹
Poids corporel sain (%) - Hommes	35,5 (1999-2003)	**31,9** (2005)	33,2	40,1	☹
Consommation responsable d'alcool (% qui boit modérément ou pas du tout) - Femmes	89,3 (2001-2004)	**91,6** (2005)	89,1	90,8	☺
Consommation responsable d'alcool (% qui boit modérément ou pas du tout) - Hommes	71,9 (2001-2004)	**69,0** (2005)	67,4	75,4	☹
Chalmydiose génitale (taux par 100 000 habitants) - Femmes	239,6 (2000-2002)	**255,4** (2003)	s/o	258	☺
Chalmydiose génitale (taux par 100 000 habitants) - Hommes	89,6 (2000-2002)	**109,6** (2003)	s/o	114	☺
Alimentation saine (% qui consomme 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour) - Femmes	37,7 (2001)	**39,3** (2003)	35,5	48,2	☺
Alimentation saine (% qui consomme 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour) - Hommes	24,9 (2001)	**27,4** (2003)	25,7	34,5	☺
Principales causes de décès					
Taux de mortalité due à un cancer du poumon, colorectal ou du sein (taux par 100 000 habitants) - Femmes	74,7 (1998-2000)	**72,9** (2001)	75,4	74,4	☺
Taux de mortalité due à un cancer du poumon, colorectal ou de la prostate (taux par 100 000 habitants) - Hommes	134,4 (1998-2000)	**132,7** (2001)	131,5	114,3	☹
Taux de mortalité par crise cardiaque (taux par 100 000 habitants) - Femmes	42,2 (1998-2000)	**36,2** (2001)	41,3	36,1	☺
Taux de mortalité par crise cardiaque (taux par 100 000 habitants) - Hommes	89,8 (1998-2000)	**77,7** (2001)	73,9	72,9	☺
Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral (taux par 100 000 habitants) - Femmes	37,5 (1998-2000)	**37,6** (2001)	35,8	31,7	☹
Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral (taux par 100 000 habitants) - Hommes	42,9 (1998-2000)	**42,3** (2001)	44,5	37,3	☺
APVP[2] par des blessures non intentionnelles de 0 à 75 ans - Femmes	332,5 (1998-2000)	**316,5** (2001)	327,8	298,3	☺
APVP par des blessures non intentionnelles de 0 à 75 ans - Hommes	1 221,9 (1998-2000)	**1 348,9** (2001)	968,0	868,2	☹
APVP par suicide de 0 à 75 ans - Femmes	147,8 (1998-2000)	**170,1** (2001)	71,0	173,8	☹
APVP par suicide de 0 à 75 ans - Hommes	844,0 (1998-2000)	**685,8** (2001)	488,1	621,9	☹

Remarques :

[1]La plus récente période d'évaluation pour « Autres Atlantique » et « Canada » est la même que celle du Nouveau-Brunswick.

[2]Les APVP (années potentielles de vie perdues) correspondent au nombre d'années avant l'âge de 75 ans où une personne décède. Par exemple une personne qui meurt à 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP présentées ci-dessus correspondent au nombre total d'années de vie perdues par 100 000 habitants en raison de chacune des causes.

État de santé global

L'état de santé de la population repose sur un nombre de facteurs, dont plusieurs ont très peu en commun avec le traitement d'une maladie. Comme l'illustre le tableau des déterminants de la santé, les facteurs socioéconomiques ont une incidence marquante, tout comme l'éducation, le développement des enfants en santé et l'environnement physique. L'état de santé global de la population du Nouveau-Brunswick a très peu varié depuis la dernière période visée. L'espérance de vie a augmenté légèrement, les femmes ayant désormais une espérance de vie de 82 ans, et les hommes de 76,4 ans. Ni l'une ni l'autre des variations n'a d'importance au plan statistique. Ces niveaux d'espérance de vie se comparent toujours favorablement aux autres provinces de l'Atlantique, bien que les hommes du Canada atlantique en général aient une espérance de vie légèrement plus courte que la moyenne canadienne de 77,4 ans.

L'espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé (EVAES) indique le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre de vivre en parfaite santé, par opposition à l'espérance de vie globale. Bien que les données pour les femmes du Nouveau-Brunswick se comparent favorablement à celles des provinces de l'Atlantique ainsi qu'à la moyenne canadienne, les hommes du Canada atlantique, y compris ceux du Nouveau-Brunswick, accusent un retard d'une année par rapport à la moyenne canadienne.

Les nouvelles données sur l'état de santé autodéclaré démontrent qu'environ 2 p. 100 de plus de Néo-Brunswickoises se *considèrent* en très bonne ou en excellente santé par rapport aux périodes d'évaluation antérieures, tandis que ce taux chez les hommes est demeuré le même. Pour cet indicateur, tant les femmes que les hommes accusent un retard par rapport à ceux du Canada atlantique et à la moyenne nationale. On note une amélioration frappante dans un autre indicateur autodéclaré : les hommes comme les femmes montrent une amélioration notoire de leur santé mentale. Bien que se situant toujours en dessous des moyennes atlantique et canadienne, la tendance est à l'amélioration.

Les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises continuent d'afficher un bon rendement pour ce qui est de l'insuffisance de poids à la naissance; moins de bébés avaient une insuffisance de poids à la naissance comparativement aux moyennes canadienne et atlantique.

Déterminants clés de la santé

Revenu et statut social
La fortune et le statut social ont une incidence sur la santé en déterminant le niveau de contrôle qu'exercent les gens sur des circonstances telles l'habitation, l'alimentation et l'activité physique.

Réseaux de soutien social
Le soutien des familles, des amis et de la communauté aide les gens à faire face à des situations difficiles et à maintenir une sensation de contrôle sur leur vie.

Études
Les études procurent les connaissances et les compétences nécessaires aux activités quotidiennes et à l'emploi.

Emploi et conditions de travail
La possibilité de décrocher un emploi intéressant, assorti d'une stabilité économique dans un environnement sain, est aussi liée à la bonne santé.

Environnement physique
La qualité de l'air et de l'eau, le logement et la sécurité communautaire ont une incidence importante sur la santé.

Facteurs biologiques et génétiques
Certaines personnes ont une prédisposition génétique à certaines maladies, par exemple le diabète.

Habitudes personnelles saines et capacités d'adaptation
Savoir s'adapter avec efficacité permet aux personnes de résoudre les problèmes et d'améliorer leur santé.

Développement d'enfants en santé
Les expériences prénatales et celles vécues durant la petite enfance ont des conséquences à vie sur la santé.

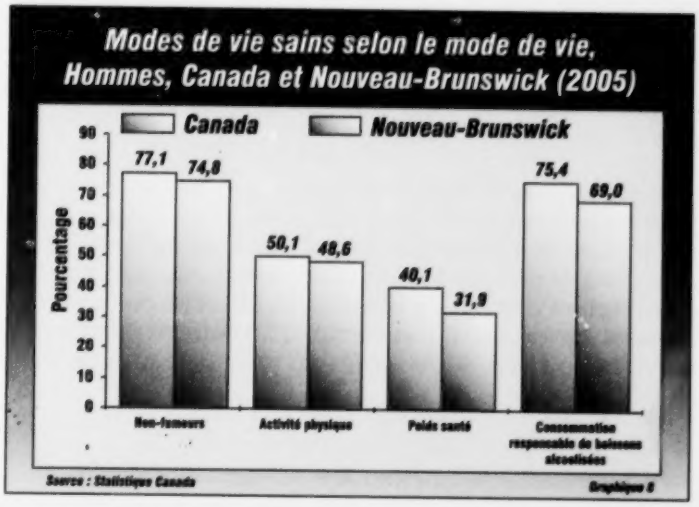
Services de santé
L'accès adéquat à des services de santé préventifs et primaires joue un rôle essentiel propice à la bonne santé.

Tableau 3

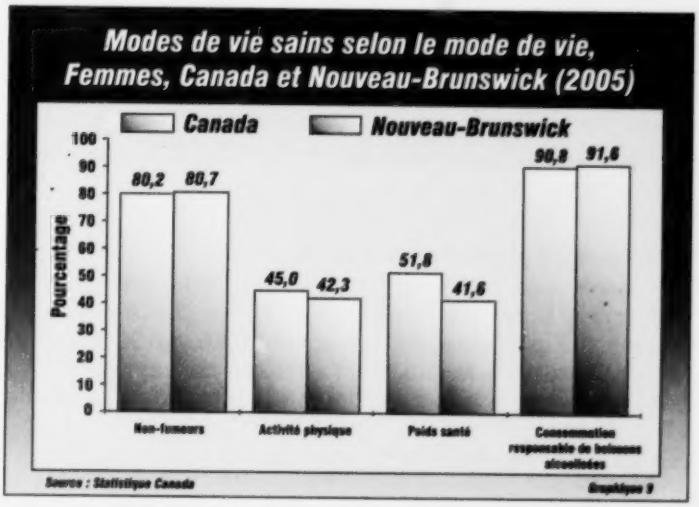
Comportement sain

Même si des indicateurs objectifs de l'état de santé illustrent dans l'ensemble une tendance qui se maintient ou qui s'améliore, le tableau est plus ambigu pour ce qui est des comportements sains. Les nouvelles données révèlent que plus de personnes au Nouveau-Brunswick sont non-fumeuses (80,7 p. 100 de femmes et 74,8 p. 100 d'hommes). Il sera intéressant d'observer l'évolution de ces tendances qui évoquent les effets de la *Loi sur les endroits sans fumée* de 2004.

Les taux d'activité physique se sont aussi améliorés depuis la dernière période visée, passant à 42,3 p. 100 et à 48,6 p. 100 pour les femmes et les hommes respectivement. Les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises sont désormais plus actifs que les autres Canadiens de l'Atlantique, et bien qu'il faille encore s'améliorer pour égaler la moyenne canadienne, la tendance indique que nous sommes sur la bonne voie. On pourrait s'attendre à ce que cette tendance, jumelée à de meilleures données sur le nombre de non-fumeurs, aura à la longue une incidence sur les taux de maladie et les pressions sur le système de soins.



Fait peut-être paradoxal, l'amélioration en matière d'activité physique doit encore se traduire par de meilleurs résultats au chapitre du poids santé. Un recul dans ces indicateurs appuie le fait que l'activité à elle seule ne peut contrôler le poids corporel – il faut aussi pratiquer une saine alimentation. Comme c'est le cas avec tous les indicateurs « autodéclarés », il peut exister des écarts entre le poids corporel réel d'une personne et ce qu'elle déclare à un chercheur. La variation à cet égard peut indiquer une sensibilité accrue au phénomène de l'obésité, plutôt qu'une augmentation *réelle* de l'obésité.



La consommation responsable autodéclarée de boissons alcoolisées (pourcentage des personnes qui boivent modérément ou pas du tout) s'est améliorée chez les femmes du Nouveau-Brunswick depuis la dernière période visée, car nous affichons désormais de meilleurs chiffres que la moyenne canadienne. Les hommes, par contre, montrent pour cet indicateur une baisse de presque trois points de pourcentage; il s'agit encore d'un meilleur score que pour les hommes du Canada atlantique, mais d'un retard de près de 5,4 points sur la moyenne canadienne.

Le taux d'infection à la chlamydia est monté en flèche entre la période visée de 2000-2002 et celle des plus récentes données. Bien que le Nouveau-Brunswick soit toujours en deçà des taux d'infection canadiens, l'écart important, caractéristique des années précédentes, aujourd'hui se resserre. Comme on n'a pas observé de changement notoire dans les comportements sexuels, une plus proche corrélation des données nationales et provinciales semble indiquer que les données précédentes sont le résultat de la sous-déclaration.

Il n'y a pas de nouvelles données sur les principales causes de décès, sauf que celles communiquées dans la Fiche de rendement sur le système de santé de 2004 sont maintenant ventilées selon le sexe. Tel qu'on l'expliquait déjà dans ce document, les données du Nouveau-Brunswick sont inquiétantes relativement aux conséquences des accidents et du suicide. Les années potentielles de vie perdue en raison de blessures accidentelles sont d'environ une fois et demie celles de la moyenne canadienne chez les hommes, ce qui rend compte à la fois du taux d'accidents mortels et du jeune âge des nombreuses personnes touchées. Les années potentielles de vie perdue en raison du suicide n'illustrent pas une disparité aussi marquée, quoique le taux chez les hommes demeure considérablement supérieur à ceux des moyennes atlantique et canadienne, et que le taux chez les femmes est plus du double de celui des femmes ailleurs au Canada atlantique.

Rendement du système de santé
Le tableau 4 présente trois catégories d'indicateurs du rendement du système de santé. Les indicateurs de l'**accès aux services de santé** font état de la capacité du système de santé à assurer des soins et des traitements adéquats au moment opportun selon les besoins. Les indicateurs de **satisfaction** permettent d'évaluer la capacité du système de santé à répondre aux attentes et aux besoins des patients. Les mesures de l'**efficacité** indiquent la réussite des programmes et des services de santé, surtout ceux du réseau hospitalier, dans l'atteinte des résultats cliniques souhaités.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer des résultats?
Selon les résultats, le système de santé du Nouveau-Brunswick procure un rendement jugé bon ou satisfaisant à 22 des 29 indicateurs. Les cotes de rendement pour sept indicateurs étaient faibles, en comparaison avec d'autres régions, ce qui témoigne du besoin d'améliorations additionnelles. Dans tous les cas, les indicateurs de l'accès aux services affichent une amélioration par rapport à l'année précédente, et si nous nous comparons au reste du Canada, notre rendement est supérieur à tous égards sauf pour trois indicateurs. Les indicateurs du degré de satisfaction des patients révèlent aussi que le Nouveau-Brunswick améliore son rendement dans trois des quatre domaines mentionnés. Toutefois, les indicateurs de l'efficacité font état du besoin d'amélioration dans sept des 15 domaines, surtout ceux d'où émanent les taux de survie aux cancers du poumon et cancers colorectaux.

Accès aux soins de santé

La vaste majorité (95,9 p.100) des femmes a déclaré disposer d'un médecin de famille, un taux légèrement supérieur aux périodes visées précédentes, et de six points plus élevé que la moyenne nationale. Par opposition, seulement 90,6 p. 100 des hommes affirment disposer d'un médecin de famille. Reste que le taux s'est amélioré par rapport à l'année précédente et qu'il se situe au-dessus des moyennes à la fois nationale (81,9 p.100) et du Canada atlantique (81,9 p.100).

Les taux de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises qui déclarent éprouver des difficultés à obtenir des soins immédiats (19,4 p.100), à obtenir des services de santé routiniers (12,4 p.100) et à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé (16,9 p.100) étaient tous inférieurs à la période précédente. En fait, ces taux affichaient un meilleur rendement que la moyenne nationale et, à l'exception de celui relatif aux renseignements et aux conseils en matière de santé, étaient inférieurs aux moyennes des autres provinces de l'Atlantique. Cette amélioration témoigne du fait que la population du Nouveau-Brunswick continue à recevoir les services de santé dont elle a besoin en temps opportun.

Un nombre plus élevé de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises de 75 ans et plus ont déclaré recevoir des soins à domicile en 2003 comparativement à 2001. En comparaison des moyennes nationales et de celles des autres provinces de l'Atlantique, 25 p. 100 de plus de personnes âgées ont affirmé avoir accès à des soins à domicile.

Tableau 4 Rendement du système de santé

	Nouveau-Brunswick		Plus récente[1] Autres Atlantique	Canada	Évaluation sur l'ensemble
	Précédente	Plus récente			
Accès aux services de santé					
Accès à un médecin de famille (% de femmes de 12 ans + disposant d'un médecin de famille)	95,1 (2001-2003)	**95,9** (2005)	94,2	89,8	☺
Accès à un médecin de famille (% d'hommes de 12 ans + disposant d'un médecin de famille)	90,1 (2001-2003)	**90,6** (2005)	89,5	81,9	☺
Difficulté à obtenir des soins immédiats *(% de la population de 15 ans +)*	23,8 (2003)	**19,4** (2005)	23,0	21,4	☺
Difficulté à obtenir des services de santé routiniers *(% de la population de 15 ans +)*	15,5 (2003)	**12,4** (2005)	13,3	15,9	☺
Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé *(% de la population de 15 ans +)*	17,4 (2003)	**16,9** (2005)	15,7	15,7	☺
Accès aux soins à domicile (% de la population de 75 ans + recevant des soins à domicile)	20,2 (2001)	**21,7** (2003)	16,1	14,6	☺
Communication avec un service de santé par téléphone *(% de la population de 15 ans +)*	8,9 (2003)	**10,3** (2005)	1,3	11,1	☺
Temps d'attente pour la chirurgie (% qui attend > 3 mois)	18,7 (2003)	**13,3** (2005)	17,8	19,2	☺
Temps d'attente pour les visites aux spécialistes (% qui attend > 3 mois)	15,5 (2001-2003)	**13,1** (2005)	15,2	12,2	☺
Temps d'attente pour les tests de diagnostic (% qui attend > 3 mois)	10,6 (2003)	**9,9** (2005)	13,0	11,2	☺
Satisfaction des patients					
(% des personnes de 15 ans et plus « très satisfaites » ou « assez satisfaites » des services reçus au cours de la dernière année)					
Ensemble des soins de santé	86,7 (2001-2003)	**90** (2005)	88,6	85,5	☺
Services hospitaliers	85,1 (2001-2003)	**84,9** (2005)	86,0	81,2	☺
Soins de médecins	92,8 (2001-2003)	**92,9** (2005)	93,8	91,2	☺
Soins de santé communautaires	92,3 (2001-2003)	**92,9** (2005)	87,6	82,6	☺
Efficacité					
Pourcentage des patients victimes de pneumonie réhospitalisés à l'imprévu dans l'année	2,6 (1997-1999)	**2,8** (2000-2002)	3	3,2[a]	☺
Pourcentage des patients victimes de crise cardiaque réhospitalisés à l'imprévu dans l'année	s/o*	**9** (2001-2003)	8,2[b]	6,9	☹
Pourcentage des victimes de crise cardiaque qui meurent dans les 30 jours suivant leur admission	12,7 (1999-2001)	**12,9** (2000-2002)	12,8[b]	11,4	☹
Pourcentage des victimes de crise cardiaque qui survivent au moins pendant 1 an - Femmes	88,8 (1997-1999)	**91,3** (2000)	90,2[c]	s/o	☺
Pourcentage des victimes de crise cardiaque qui survivent au moins pendant 1 an - Hommes	91 (1997-1999)	**93,1** (2000)	91,8[c]	s/o	☺
Pourcentage des victimes d'accidents cérébrovasculaires qui meurent dans les 30 jours suivant leur admission	19,2 (1999-2001)	**19** (2000-2003)	24.0	18,6	☺
Pourcentage des victimes d'accidents cérébrovasculaires qui survivent au moins pendant 180 jours - Femmes	88,7 (1997-1999)	**92,4** (2000)	75,4[c]	s/o	☺
Pourcentage des victimes d'accidents cérébrovasculaires qui survivent au moins pendant 180 jours - Hommes	88,9 (1997-1999)	**87** (2000)	88,0[c]	s/o	☺
Pourcentage des patients atteints de cancer qui survivent au moins pendant 5 ans après le diagnostic (survie relative[d])					
• Cancer du poumon - Femmes	15 (1994-1996)	**14** (1995-1997)	17,6	17	☹
• Cancer du poumon - Hommes	12 (1994-1996)	**12** (1995-1997)	13,9	14	☹
• Cancer colorectal - Femmes	61 (1994-1996)	**59** (1995-1997)	60,4	61	☹
• Cancer colorectal - Hommes	59 (1994-1996)	**58** (1995-1997)	61,2	59	☹
• Cancer de la prostate	91 (1994-1996)	**91,0** (1995-1997)	90,6	91	☺
• Cancer du sein	84 (1994-1996)	**85** (1995-1997)	86,2	86	☺
Hospitalisation pour des troubles propices aux soins ambulatoires (taux par 100 000 habitants)	s/o*	**708** (2002)	586,2	416	☹

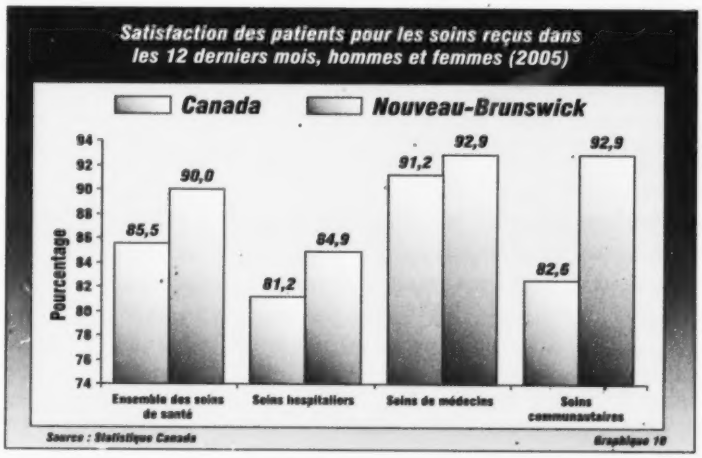
Remarques :
[1]La plus récente période d'évaluation pour « Autres Atlantique » et « Canada » est la même que celle du Nouveau-Brunswick.
[a]Exclut Qué. et Man.
[b]Exclut T.-N.-L.
[c]N.-E. seulement.
[d]La survie relative permet de comparer le taux de survie au sein d'un groupe de patients atteints de cancer au taux de survie qu'afficherait normalement les membres de la population en général qu'on présume pratiquement non atteint du cancer en question. Par exemple, parmi les femmes du Nouveau-Brunswick ayant reçu un diagnostic de cancer du sein de 1995 à 1997, 85 p. 100 (en moyenne) étaient susceptibles de vivre durant encore cinq années par rapport aux femmes de même âge qui n'ont pas le cancer du sein.
* Des normes de codage nouvelles et actualisées adoptées pour le système classification de la CIM-10-CA et de la CCI, ainsi que des modifications à la méthode de calcul de ces indicateurs, ont une incidence sur la comparabilité des taux des années antérieures par rapport à ceux de l'année plus récente.

Le pourcentage de gens du Nouveau-Brunswick qui déclarent avoir communiqué avec un service de santé par téléphone ou de télésanté a augmenté considérablement depuis la dernière période, passant de 8,9 p. 100 à 10,3 p. 100, un taux qui, étonnamment, est de 690 p. 100 plus élevé que celui des autres provinces de l'Atlantique.

De 2003 à 2005, le pourcentage de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises qui affirment devoir attendre plus de trois mois avant d'obtenir une chirurgie non urgente a chuté (soit de 18,7 p. 100 à 13,3 p. 100). Cette tendance correspond aux baisses du nombre de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises qui affirment devoir attendre avant d'obtenir des consultations spécialistes et des tests de diagnostic (soit de 15,5 p. 100 à 13,1 p. 100, et 10,6 p. 100 à 9,9 p. 100 respectivement). Dans tous les cas, ces taux sont préférables à ceux des moyennes nationales et des moyennes des provinces de l'Atlantique.

Satisfaction des patients

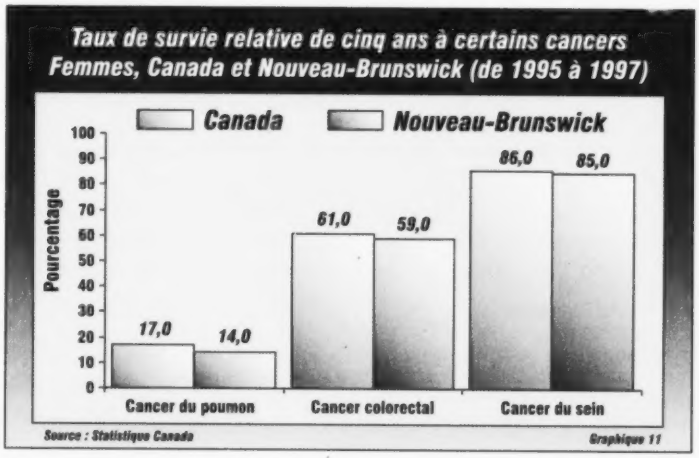
Quatre-vingt-dix pour cent des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises se disent très ou assez satisfaits de la façon dont les services de santé ont été prodigués durant l'année 2005, un taux considérablement élevé par rapport à la moyenne nationale de 85,5 p. 100 et, de même, supérieur à la moyenne de 88,9 p. 100 des autres provinces Atlantique.



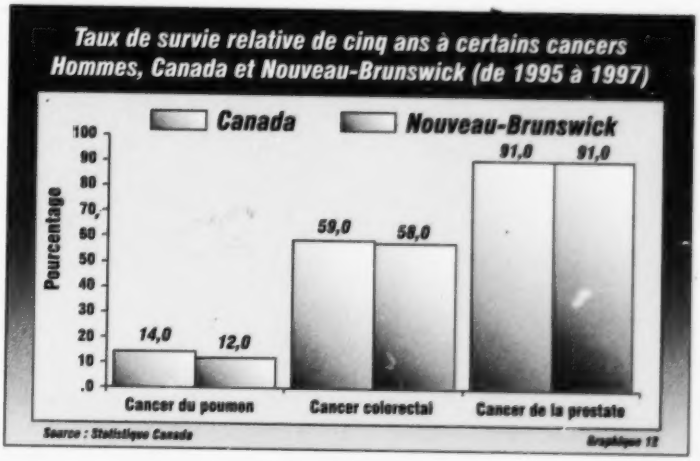
Un pourcentage plus élevé de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises que de Canadiens et de Canadiennes en moyenne se sont dits très ou assez satisfaits des soins hospitaliers – soit 84,9 p. 100 au Nouveau-Brunswick comparativement à 81,2 p. 100 à l'échelle du Canada. Environ 93 p. 100 des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises étaient assez ou très satisfaits des soins communautaires qu'ils ont reçus – un taux substantiellement plus élevé que ceux rapportés par les autres Canadiens et Canadiennes. Les résultats révèlent aussi que plus de 90 p. 100 de la population du Nouveau-Brunswick est satisfaite des soins qu'elle reçoit de ses médecins.

Efficacité

Des taux de survie de cinq ans au cancer indiquent que la détection précoce porte fruit et que le traitement après le diagnostic est efficace. Le taux néo-brunswickois de survie de cinq ans au cancer du poumon a diminué légèrement comparativement à la dernière période, soit de 15 p. 100 à 14 p. 100, bien que le taux de survie chez les hommes soit demeuré inchangé. Les taux de survie au cancer colorectal (femmes et hommes) ont aussi légèrement diminué mais étaient comparables aux moyennes ailleurs au Canada. Le taux de survie de cinq ans aux cancers de la prostate et du sein sont demeurés relativement inchangés par rapport à la dernière période visée et s'apparentaient aux taux moyens des autres Canadiens et Canadiennes de l'Atlantique et à la moyenne nationale.



Les taux de survie d'un an aux crises cardiaques et les taux de survie de 180 jours aux accidents vasculaires cérébraux dépendent de la qualité des soins hospitaliers initiaux, ainsi que de l'efficacité des soins communautaires dispensés de manière soutenue après la sortie de l'hôpital. Les taux de survie nets aux crises cardiaques se sont améliorés depuis la dernière période visée, soit de 91,3 p. 100 et 93,1 p. 100 respectivement, pour les femmes et les hommes. Bien que le taux de survie net pour les femmes victimes d'accident vasculaire cérébral ait augmenté de 3,7 p. 100, celui des hommes a chuté de 88,9 p. 100 à 87 p. 100. Ce dernier représente un taux de 17 p. 100 plus élevé que les taux moyens des autres Canadiens de l'Atlantique.



Les taux de mortalité dans les 30 jours d'hospitalisation due à une crise cardiaque ou à un accident vasculaire cérébral servent d'indicateurs de l'efficacité des soins d'urgence et de la qualité des soins hospitaliers. Les taux néo-brunswickois de 30 jours d'hospitalisation pour les IAM (12,9 p. 100) sont restés stables par rapport à l'année dernière, mais étaient d'environ deux points supérieurs à la moyenne canadienne. Par contre, le taux mortalité due à un AVC a chuté légèrement, de 19,2 p. 100 à 19 p. 100, un taux similaire à celui des autres Canadiens et Canadiennes en moyenne, mais de cinq points en dessous des taux moyens des autres résidents du Canada atlantique.

Les taux de réadmission pour les crises cardiaques et les pneumonies donnent une idée de la qualité et de l'efficacité des soins hospitaliers et communautaires. Le taux néo-brunswickois de réadmission dans la même année pour les crises cardiaques se situait à environ 9 p. 100, comparativement à seulement 8,2 p. 100 et 6,9 p. 100 pour ceux des provinces de l'Atlantique et des autres Canadiens et Canadiennes respectivement. Le taux néo-brunswickois de réadmission pour les pneumonies (2,8 p. 100) a cru légèrement par rapport à l'an dernier et se situait sous la moyenne nationale (3,2 p. 100) et la moyenne issue des autres provinces de l'Atlantique (3 p. 100).

Un meilleur accès aux soins de santé primaires contribue à une plus grande utilisation des soins ambulatoires, à prévenir les hospitalisations inutiles et à améliorer l'état de santé de la population. Les taux d'hospitalisation pour les troubles propices aux services ambulatoires correspondent aux taux d'hospitalisation pour des troubles médicaux pour lesquels des soins ambulatoires appropriés préviennent ou empêchent la nécessité d'une admission à l'hôpital. C'est un indicateur de l'efficacité, de la disponibilité des soins communautaires, et de leur accessibilité. On ne peut éviter toutes les admissions liées à des états propices au traitement ambulatoire, mais cependant, un taux anormalement élevé peut faire état de difficultés d'accès aux soins primaires. Le taux d'hospitalisation néo-brunswickois (par 100 000 habitants) attribuable à des troubles médicaux propices au traitement ambulatoire est de 708 (supérieur à la moyenne des autres provinces de l'Atlantique (586,2 par 100 000 habitants) et au taux national moyen (416 par 100 000 habitants).

IV. Avenir de la santé et des soins de santé au Nouveau-Brunswick

Dans cette fiche de rendement, on a pu comparer l'état de santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises et le rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick avec le rendement des périodes visée par des rapports précédents ainsi qu'avec la moyenne canadienne et la moyenne des autres provinces de l'Atlantique. Bien que ces mesures n'offrent qu'un aperçu sélectif plutôt qu'à long terme, elles brossent tout de même un tableau important du rendement du Nouveau-Brunswick.

Dans l'ensemble, les données de la présente fiche révèlent que le Nouveau-Brunswick s'en tire bien quant au rendement de son système de santé; des améliorations ont été particulièrement remarquées en matière d'accès aux médecins et à d'autres services de santé. Toutefois, le taux d'hospitalisation attribuable aux troubles propices au traitement ambulatoire (que l'on peut considérer comme une mesure découlant des soins de santé primaires) reste une source de préoccupations, surtout lorsque nous nous comparons au reste du Canada.

L'état de santé du Nouveau-Brunswick dans l'ensemble dégage des tendances modestes; les indicateurs tels l'espérance de vie, l'espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé, l'insuffisance de poids à la naissance, la santé mentale autodéclarée correspondent en moyenne à ceux du Canada atlantique, ou arrivent en tête. Les comportements sains montrent aussi des signes positifs, alors que l'on voit s'accroître le nombre de non-fumeurs et les taux d'activité physique. Ceci étant dit, ce ne sont pas tous les membres de la société qui en bénéficient, et les Néo-Brunswickoises et les Néo-Brunswickois, comme les autres résidants du Canada atlantique, accusent du retard sur les indicateurs canadiens en matière de poids corporel et de consommation responsable de boissons alcoolisées (chez les hommes).

D'autres indicateurs montrent aussi des secteurs nécessitant plus d'attention. Les taux de chlamydia, qui étaient auparavant inférieurs aux taux moyens canadiens, les équivalent désormais. Les taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral (chez les femmes), et de mortalité due aux cancers du poumon, colorectal et de la prostate (chez les hommes) se classent tous au-dessus des taux moyens canadiens, et les années potentielles de vie perdue en raison de blessures accidentelles (chez les hommes) et du suicide (chez les hommes et les femmes) sont des secteurs où nous devrons nous améliorer. Comme le gouvernement provincial n'est qu'un parmi de nombreux acteurs ayant une influence sur les résultats d'ensemble en matière de santé, il s'est engagé à travailler en partenariat envers l'atteinte d'objectifs communs.

Répondre aux besoins grandissants du système de soins de santé de notre province relève d'une tâche complexe, et aucune initiative n'apportera d'elle-même toutes les solutions. Toutefois, les mesures mises de l'avant conformément au Plan provincial de la santé donnent déjà des premiers résultats. Le plan d'action de la Stratégie du mieux-être, que pilotera le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, orientera le Nouveau-Brunswick pour qu'il devienne la « province du mieux-être », un but fixé par le premier ministre Bernard Lord dans son discours sur l'état de la province de 2006. Une hausse du niveau d'activité physique au sein de la population du Nouveau-Brunswick compte parmi les mesures les plus efficaces pour améliorer la santé globale, et incidemment la productivité de même que le sentiment de bien-être.

La présente fiche de rendement montre que nous avons jeté, par l'entremise du Plan provincial de la santé, des fondations solides pour améliorer la santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises et pour accroître la vitalité du système de santé qui leur fournit les services.